Vol. 244 Febbrajo 1878

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA SORESINA E DE-CRISTOFORIS

ORA DA

A. CORRADI

CONSIGLIO DIRETTIVO

De Giovanni Achille
Golgi Camillo
Quaglino Antonio
Ricordi Amilcare
Scarenzio Angelo
Zucchi Carlo

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1878.

LE MALATTIE
DELLA VESCICA E DELLA PROSTATA

COMPENDIO
DEL DOTT.
G. FIORANI
Chirurgo primario operatore nello Spedale Maggiore di Lodi.

Milano 1877. — Un volume in-8 di pagine 250 con tavole fotografiche. — Prezzo Lire **4.**

CONTRIBUZIONI
ALLA
CHIRURGIA SUI BAMBINI
DEL PROF.
AMBROGIO GHERINI

Un volume in-8 con 6 tavole prezzo **Lire 3** —

LA TANNIZZAZIONE DEI TESSUTI ANIMALI
RACHEOTOMIA ANTERIORE E POSTERIORE
INVAGINAMENTO INTESTINALE
L'ORGANO DELLA PAROLA
DEL PROF.
BRUNETTI LODOVICO

Padova 1878. — Un vol. in-8 con 6 tavole — Prezzo L. **5.**

DELL'ETÀ CRITICA
nello stato di salute e di malattia
TRATTATO PRATICO
DELLE AFFEZIONI NERVOSE E DI ALTRA NATURA
DI
TILT EDWARD JHON
prima versione italiana sulla terza edizione inglese.

Prezzo L. 6.

MANUALE
DI MATERIA MEDICA E TERAPEUTICA
BASATA SPECIALMENTE SUI RECENTI PROGRESSI
DELLA FISIOLOGIA E DELLA CLINICA
TRATTATO PRATICO AD ASO DEI MEDICI ESERCENTI, DEI FARMACISTI E DEGLI STUDENTI.
DEL PROF.
ARNALDO CANTANI

L'opera consta di 2300 pagina divisa in due volumi in-4 e vendesi al prezzo di Lire 50 franca di porto nel Regno.

Dirigersi con vaglia alla Ditta *Fratelli Rechiedei*, Milano.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

RIVISTA OSTETRICA

del dottor GUELMI.

— *Società ostetrica di Londra: Forcipe Tarnier.*
Barnes — *Qualche dettaglio sull'Ospitale delle partorienti a Londra.*
Smith — *Della posizione nel travaglio del parto.*
Conrad — *Effetti della pressione dell'utero.*
Schneck — *Caso di stomatite materna, e di diarrea incurabile complicanti ogni gestazione e l'allattamento.*
Playfair — *Carie delle ossa pelviche consecutive al parto.*
Browne — *Caso di tumore fibroso dell'utero causante l'eclampsia; con osservazioni sui fibroidi dell'utero in generale, e sulle cause della eclampsia puerperale e non puerperale.*
Richmond Leigh — *Rottura dell'utero senza sintomi.*
Paalzow — *Restringimento del bacino — cefalotrissia — parto artificiale — lacerazione d'utero — guarigione.*
Weber — *Atrofia acuta del fegato nel puerperio.*
Grünewald — *Sterilità nelle donne che hanno una malattia negli organi genitali.*
Associazione medica di New York — *Ostetricia nel 1875-76.*

Società ostetrica di Londra: forcipe Tarnier.

Nell'adunanza della seduta 7 novembre 1877 della Società ostetrica di Londra, il dott. Wiltshire presentò ad essa il forcipe Tarnier, egli descrisse il modo d'applicazione. Il dott. West (presidente) fa osservare come il detto forcipe sia uno strumento assai ingegnoso, tuttavia richiese se tale forcipe non potesse offendere il perineo. Il dottor Fancourt Barnes, applicò allora il forcipe Tarnier sulla macchina di Baudin e Pinard, che presentò alla Società. Quindi applicò il forcipe sulla testa fetale in posizione occipito-iliaca destra anteriore, e giunse ad estrarre facilmente la testa.

Il dott. Playfair domandò al dott. Fancourt Barnes, se questo forcipe allorquando fosse applicato sulla testa fetale in posizione occipito-posteriore, permettesse la rotazione. Per risposta quegli applicò il forcipe, e fece la rotazione della testa in simile posizione.

Il dott. Braxton Hicks fece osservare che quando si introduceva uno

strumento complicato nella pratica, bisognava dimostrare da principio che esso permetteva più facilmente le manovre di un istromento semplice. Domandò inoltre se lo stromento poteva essere maneggiato senza danno in generale dai pratici. Si deve sempre, egli dice, preferire uno stromento semplice. Il forcipe inglese permette al medico di sentire in quale direzione è necessario di fare le trazioni, ed in pari tempo lascia libertà di rotazione. La curva delle finestre del forcipe Tarnier s'avvicina più degli altri forcipi francesi alla curva delle finestre inglesi.

Il dott. Matthews Duncan dice che il forcipe Tarnier sembra avere sullo stromento ordinario, il vantaggio di permettere il moto di pendolo, che può avere dei risultati deplorevoli. Nullameno esso trova due inconvenienti nel forcipe Tarnier: 1° La testa una volta presa resta chiusa fino al momento della sortita; 2° nel forcipe ordinario, quando si vuol tirare più fortemente si chiudono le branche sino al momento in cui è necessaria la compressione, il forcipe Tarnier non permette questa manovra.

Il dott. Galabin dice che gli aghi indicatori sono troppo pesanti, che possono cadere, ed ingannare l'operatore. L'articolazione delle branche di presa colle aste di traimento non è nell'asse trasverso della testa fetale, ma è posta in avanti di questo punto, d'onde risulta che la mobilità perfetta della testa non esiste.

Il dott. Fancourt Barnes fa notare che allorquando il forcipe Tarnier è applicato sulla testa sopra lo stretto superiore, appena che comincia il traimento, la testa discende all'indietro nell'escavazione del sacro in luogo d'urtarsi contro la sinfisi pubica, come col forcipe ordinario. Questo fatto è di grande importanza secondo Tarnier.

Il dott. Aveling soggiunge che la curva perineale è una delle caratteristiche le più importanti del forcipe Tarnier.

Il dott. Wiltshire dice che la compressione di cui parla Duncan M., può essere evitata girando di tempo in tempo la vite. L'istromento pare ben più complicato di quanto sembri.

Il Presidente chiudendo la discussione si felicita che i pregiudizii insulari non avessero esercitato alcuna influenza nella discussione sui vantaggi del forcipe di Tarnier.

Il dott. Robert Barnes fece l'applicazione del forcipe sopra la macchina nell'anfiteatro dell'Ospitale S. Giorgio alla presenza di moltissimi medici, e studenti, e dimostrò colla prova che è uno stromento veramente scientifico, e che era il complemento di due secoli di lavoro su questo punto.

Qualche dettaglio sugli ospitali delle partorienti a Londra; pel dottor Fancourt Barnes.

In Londra esistono quattro ospitali per le partorienti, di cui il più vasto non contiene che 50 letti. Questi stabilimenti sono: 1° il British Lying in Hospital fondato nel 1749, che racchiude 25 letti; 2° Il Cyty of London Lying-in Hospital, fondato nel 1750 con 42 letti; 3° Il Queen Charlotte's

Lying in Hospital, fondato nel 1752 che si compone di 50 letti, e 4° Il General Lying in Hospital fondato nel 1765 contenente 30 letti. Il totale dei parti in questi quattro ospitali non ascende che a 1243, cifra che presso a poco, uguaglia il totale dell'Ospitale Rotondo di Dublino ove avvengono 1200 parti all'anno. Vi ha però una maternità esterna aggiunta a tutti gli ospitali dei parti di Londra, ove il servizio è fatto da levatrici, che si recano alle case delle donne. Quando si presenta qualche difficoltà, le levatrici mandano in cerca di un medico dell'Ospitale, al quale trovansi annesse. La mortalità delle madri nelle maternità esterne è assai debole; la media è di 1 su 1000. La media dei parti nelle maternità esterne degli ospitali è: al British Lying in di 800; al Queen Charlotte's di 600; al General Lying in, di 800; al City of London Lying in di 600.

Quanto all'insegnamento dell'ostetricia in questi ospitali, esso è riservato per le levatrici: però si riceve nel Queen Charlotte's un medico interno, e nel General Lying-in, due allievi interni, il che è ben poca cosa per gli studenti di medicina. Tutti questi ospitali, come la maggior parte degli ospitali d'Inghilterra sono sostenuti dalla carità pubblica. Gli individui che somministrano del denaro a questi ospitali hanno il diritto di far entrare una o due donne all'anno, secondo la somma che essi forniscono, e di farne pure partorire qualch'una nelle maternità esterne. Ai parti assistono le levatrici allieve, che dimorano nell'Ospitale. In caso di difficoltà si chiama il medico. Non si ricevono in detti ospitali che donne maritate, eccetto che nel Queen Charlotte's in cui si accettano le nubili. A Londra si ha un estremo rigore per le ragazze povere che ebbero la sventura di divenire incinte senza essere maritate. La maternità reale di Londra, che fa assistere i parti della città dalle sue levatrici, assiste a circa 3000 donne per anno; e non cura che le maritate.

La mortalità negli ospitali di Londra non è eccessiva; così nel British Lying-in, durante l'anno 1876, fu di 1 sopra 155 parti; nella City of London Lying-in, nel 1876, si ebbero 9 morti sopra 408 parti; nel Queen Charlotte's Lying-in, nel 1876 furono 19 morti per 416 parti. Questa mortalità necessita di qualche spiegazione. Fino al 1876 i medici al Queen Charlotte's non aveano un'autorità sufficiente nell' andamento dell'Ospitale, che era si può dire sotto la direzione d'una levatrice.

Si sono sempre ricevute in quest' Ospitale, donne non maritate, ciò che aumenta considerevolmente la mortalità. Ultimamente la direzione del Queen Charlotte's è divenuta più accorta, e diede ai medici una maggior parte di autorità. Quest' Ospitale è circondato da un piccolo giardino, sistema che garantisce assai contro la trasmissione delle malattie settiche.

Non vi sono sale per i parti negli ospitali generali di Londra. Vi sono però due medici per l'ostetricia, e le malattie delle donne, aggiunti a tutti questi ospitali, che contengono inoltre una sala per le malattie delle donne. Gli studenti degli ospitali di Londra ricevono la loro istru-

zione ostetrica assistendo le partorienti nel circondario degli ospitali. In caso di difficoltà essi chiamano il capo di clinica, che alla sua volta può reclamare l' assistenza del medico ostetrico. Nel 1862 le autorità del King's College Hospitale, apersero una sala dei parti, contro l'avviso del dott. Farre, che ne era il medico.

Allorquando, dice l'Autore, mio padre, il dott. Roberto Barnes, era medico ostetrico a Saint-Thomas, le autorità vollero aprire una sala ostetrica. Il dott. Barnes R. vi si oppose assolutamente, dichiarando che quando si aprisse una tale sala, egli rinuncerebbe alle sue funzioni. Si cedette alle sue rimostranze, e la sala non fu aperta.

Riguardo agli studenti di medicina in Londra, non vi ha nè clinica ostetrica, nè alcun luogo ove i professori possono dimostrare i procedimenti ostetrici.

L' insegnamento clinico del palpamento, che è sì bene praticato a Parigi, è sconosciuto quì dagli studenti. Del resto lo studio dell' ostetricia non è compreso nell'esame pel diploma del Collegio reale dei chirurghi di Londra, diploma che dà diritto alla pratica medica ed ostetrica.

Della posizione nel travaglio del parto: pel dott. Smith.

L'Autore è convinto che la posizione durante il travaglio abbia una grande influenza sul parto. Egli cita in appoggio, degli esempi d' obliquità laterale assai pronunciata dell'utero, nei quali egli ha potuto facilitare il parto ponendo la donna in una buona posizione. Come regola generale bisogna sempre ricercare i rapporti che esistono fra l' asse dell'utero gravido e l'entrata del canale, e l'ammalata nella posizione la più favorevole all'entrata del feto nel bacino.

Effetti della pressione dell' utero; per Conrad. (*Corresp. Blatt. für schweiz. Aerzte*, N. 20, ottobre 1877).

L' Autore riferisce tre nuove osservazioni all'appoggio della sua maniera di vedere.

1° *Fatto.* — Feto di cinque mesi espulso spontaneamente. La madre che stava bene, avea avuto per cinque settimane delle perdite uterine sanguigne, ed acquose: essa avea inoltre provati violenti dolori analoghi a quelli del parto.

Le membra deformi, ed incurvate di questo feto sembravano prese da intenso rachitismo, però l'esame anatomico ha mostrato che in luogo di affezioni ossee, si aveva in realtà a trattare di fratture multiple, ed antiche delle diafisi delle ossa lunghe, di qualche costa, e della mascella inferiore.

L'Autore spiega queste fratture fetali col meccanismo seguente: lo scolo prematuro dei liquidi fetali, aiutato dalle contrazioni uterine risultanti da questa perdita precoce delle acque, produsse il restringimento dello spazio intrauterino libero, una pressione alla quale non hanno potuto resistere le ossa ancora tenere, e mal protette dalle parti molli.

Quest' osservazione offre pure dell' interesse dal punto di vista me-

dico legale, poichè viene in appoggio dell' opinione, che riconosce le violenze esterne come causa di fratture intrauterine.

2° *Fatto.* — Bambino nato morto in presentazione della sommità, nella 27ª settimana. Esso presentava un piede varo da ogni lato, e le sue membra inferiori fortemente flesse erano incrociate l'una sull' altra, e congiunte tutte e due contro il tronco. La madre di buona salute, avea avuto un utero pochissimo sviluppato, i movimenti fetali estremamente dolorosi, ed al momento del parto la perdita delle acque si era limitata a qualche goccia di liquido.

3° *Fatto.* — Bambino nato vivo in presentazione cefalica, al principio del 7° mese. Esso offriva pure una flessione considerevole con incrociamento delle membra inferiori, che erano condotte a contatto del tronco. Piede piatto a destra, piede varo a sinistra.

La madre, trovandosi in buona salute, in seguito d'una viva emozione morale, sentì al 5° mese di sua gravidanza una perdita di sangue, e di acqua dalla vagina. Dopo quest'epoca, ella avea avuto degli scoli frequenti di un liquido acquoso mescolato a mucosità sanguinolente. Si lamentava soventi di dolori analoghi a quelli di donna in travaglio di parto, ed i moti del feto gli facevano provare un vivo tormento.

Le contrazioni ripetute dell'utero erano sensibili alla mano applicata sull'addome. Durante il parto, fu solo dopo l'espulsione del feto, che si potè rimarcare l'uscita di qualche cucchiajo di acqua mescolata al sangue.

Storia d' un caso di stomatite materna, e di diarrea incurabile complicanti ogni gestazione, e l'allattamento; per I. Schneck. (*Americ. Supplement to the obst. Journ.* dicember 1876).

Una donna di 28 anni, presentò in seguito al suo primo parto dei sintomi di stomatite; vale a dire si formavano sulla lingua, e sulla parte interna delle guancie delle piccole vescicole che scomparivano rapidamente, lasciando delle ulceri superficiali di colore oscuro. Dopo quel tempo l'ammalata non fu mai completamente libera da questi fenomeni: in pari tempo, diarrea sierosa, ribelle ad ogni cura, anche la più energica.

Queste due affezioni, stomatite e diarrea, durarono tutto il tempo in cui persistè l' allattamento, e disparvero rapidamente appena il bambino morì. Essi ritornarono sotto la stessa forma in tre riprese differenti, e con tale intensità che la vita dell'ammalata si trovò in grave pericolo, e che alla sua terza gravidanza si fu sul punto di praticare il parto prematuro artificiale. Questa coincidenza è rimarchevole, e l' Autore non dubita, che non vi abbia fra lo stato della donna e la diarrea un rapporto di causa, ed effetto. Non si è parlato dello stato degli organi respiratorii, ma siccome la prima gravidanza rimonta al 1870, così è probabile che essi fossero sani.

Bisogna segnalare ancora due particolarità interessanti riferentisi alla terza gravidanza. Da principio vi avea un'idrope dell' amnios, ed i fatti di questo genere sono ancora relativamente rari. Di più il feto era nato vivo, ma affetto da enfisema generale. Ora, sin quì si era

parlato dell'enfisema del feto come causa di distocia, ma in questi casi trattavasi di feti putrefatti, di cui l'enfisema proveniva dalla fermentazione putrida. Nel caso attuale l'aspetto del feto era quello della decomposizione, ma esaminandolo, si constatarono tre sforzi inspiratorii separati e bene distinti, con grande meraviglia degli assistenti. La respirazione d'altronde non potè stabilirsi regolarmente, ed il fanciullo morì.

Carie delle ossa pelviche consecutive al parto; pel dott. PLAIFAIR. (*Transact. of the obst. Societ. of London*, 1877).

All'autopsia d'una donna, che ebbe un parto laborioso, che per liberarla si dovette ricorrere al forcipe, e morta per pneumonite con uno stato tifoide estremamente pronunciato, si rinvenne la carie delle ossa pelviche. L'Autore non rinvenne che tre casi analoghi consegnati nella scienza: uno accennato da lui stesso nel XV volume delle Transactions della Società; gli altri due nella clinica di Trousseau, che l'attribuiva alla propagazione dell'infiammazione perimetritica alle ossa. Il prof. Playfair sarebbe più disposto a riferirlo alla setticemia, come sembravano i casi osservati da lui. Oltre le lesioni della pneumonite, le parti più affette erano l'articolazione sacro-iliaca del lato destro, le cui cartilagini, e legamenti erano distrutti, come la parte vicina dell'ileo, e il margine del bacino dello stesso lato. La parte del sacro contigua all'articolazione cominciava ad intaccarsi. A sinistra le ossa erano normali, ma si apriva da questo lato un piccolo ascesso che conteneva circa 30 grammi di pus fetido, e communicava colle parti circumambienti. L'utero ed i suoi annessi erano sani; le pareti della vagina presentavano delle ulceri superficiali, ma nessuna parte dell'apertura communicava col focolaio dell'alterazione ossea, la quale poi non si estendeva ad alcun altro viscere nel bacino. L'uretra e la vescica non presentavano nulla d'anormale.

Caso di tumore fibroso dell'utero, cagione d'eclampsia; con osservazioni sui fibroidi dell' utero in generale, e sulle cause della eclampsia puerperale e non puerperale; pel dott. BROWNE. (*American Journal of Obstet.* 1877).

L'osservazione che servì di punto di partenza di questo lavoro si riferisce ad una donna di 36 anni, senza figli, la quale presentava nella parete anteriore dell' utero, un tumore fibroso del volume d'una testa di feto. Malgrado le iniezioni ipodermiche di ergotina, il tumore aumentò di volume, e l'ammalata fu presa da fortissime convulsioni, e presso a poco continue. In pari tempo sopravvenne edema della faccia, dei piedi e delle gambe, nonchè una ritenzione completa d'orina, nella quale però non si trovò albumina. Questo stato durò 10 giorni, al termine dei quali l'ammalata fu presa da un delirio furioso, che cessò solo allorquando si tolse il collo uterino, il quale s'era collocato nell' escavazione del sacro, e che si permise, mediante l'introduzione della sonda uterina, di scolare una grande quantità di liquido spesso ed oscuro. Le convulsioni ripetendosi ogni volta che il collo ripren-

deva la sua antica posizione, o che esso si ostruiva, si dovette incidere, in modo da mantenere aperto il canale cervicale, poi dopo la cicatrizzazione si elevò il fondo dell'utero e si mantenne in questa posizione ponendo nel cul di sacco, ed all'indietro del collo, dei tamponi di ovata imbevuti di glicerina. Potè farsi in tal modo uno scolo di liquido oscuro e grumoso, il cui risultato parve quello di rammollire l'utero, e le convulsioni non si mostrarono più. Al termine di 8 settimane di questa cura, si poteva mantenere quest'organo coll'aiuto d'un pessario, e l'ammalata avendo l' addome sostenuto col mezzo d'una cintura, camminava con facilità e senza inconveniente. I mestrui erano ritornati con facilità, e senza provocare dolore.

In questa donna le convulsioni doveano essere attribuite all' irritazione dei nervi vaso-motori dilatatori, provocata dalla compressione dei ganglii simpatici dei nervi situati al davanti dei fori sacrali, compressione facilitata dall'aumento considerevole di volume, che secondo Roberto Lee, sopravviene in questi nervi in seguito all'accrescimento fisiologico o patologico dell'utero. L' Autore riassume il suo lavoro nelle conclusioni seguenti:

1° Nell' utero di molte donne esistono tumori fibrosi, che possono raggiungere un volume considerevole, senza determinare alcun sintoma;

2° Allorquando sviluppansi in gravidanza, essi scompariscono d'ordinario a misura che l'utero ritorna sopra sè stesso;

3° I fibromi intraparietali non hanno sempre involucro; alcuni sono uniti alla parete muscolare dell' utero nelle quali trovansi situati, per qualche legame. Dopo la loro estirpazione, l' esame microscopico non basta a stabilire se sieno interstiziali, o sottomucosi;

4° Nel trattamento dei fibromi l'utero deve sempre esser mantenuto nella sua posizione normale, ed il canale cervicale aperto affine di mantenere uno scolo facile dai liquidi della cavità. Non devesi amministrare la segale, che in queste condizioni;

5° Allorquando i tumori sono voluminosi, e comprimono gli organi vicini, devesi elevare l'utero al disopra della cavità pelvica, mantenendo sempre l'apertura del canale cervicale;

6° Non devesi mai cercare di levare con un' operazione chirurgica i fibromi interstiziali e sessili, o meno d'emorragia ostinata, o di minaccia di septicemia;

7° L'eclampsia provocata da questi tumori è il risultato dell' irritazione dei nervi dilatatori del sistema vaso-motore, che determina della iperemia, e l'aumento di siero nei vasi del cervello e della midolla spinale. Essa può accompagnarsi da albuminuria, se quest' irritazione si estende ai nervi dilatatori dei reni, ma l' albuminuria deve essere considerata come uno degli effetti dell'irritazione, che provoca l'eclampsia, e nullamente come la causa per sè stessa;

8° L'eclampsia sopravviene il più soventi nelle primipare, e nelle gra-

vidanze gemellari, in causa dell'irritazione più grande, che determinano queste condizioni. Nelle primipare la rigidità delle articolazioni pelviche agisce, senza dubbio, come causa ausiliare.

Rottura dell'utero senza sintomi; pel dott. Richmond Leigh. (*The Lancet*, p. 8, 1877).

Nona gravidanza, al quarto mese, contusione forte all' addome, ma senza conseguenza. Parti anteriori un po' lenti, ma regolari. Il travaglio comincia in modo normale, tuttavia malgrado le contrazioni ripetute, e di seguito, si rende bentosto evidente, che non avviene la discesa della testa. Presentazione delle natiche al distretto superiore. La mano applicata sul ventre distingue e riconosce assai chiaramente un membro superiore che sembra a contatto immediato delle pareti addominali, tanto sentesi palesemente la forma non soltanto della mano, come quella delle dita.

Lo stato generale è buono, non havvi collasso, nè dolori anormali. Dopo l'anestesia col cloroformio si va alla ricerca dei piedi, poi a quella delle braccia, che sono raddrizzati sulle pareti laterali della testa. Durante queste manovre, si riconosce l' esistenza d'una rottura dell' utero, che ammette la mano, situata un po' al disopra del collo, ed estesa trasversalmente da destra a sinistra. L'espulsione della seconda ha luogo spontaneamente, e senza emorragia: la retrazione dell'utero è normale.

L' indomani (27 febbraio) non si constata alcun accidente particolare; la notte fu buona, i locchi sono moderati; si prescrive come il dì prima il riposo assoluto, dell' oppio, ed una pozione alcoolizzata.

28 febbraio. — Un po' di subdelirio al mattino con lingua secca, e bruna: non havvi però pericolo imminente. Ma nel giorno, in seguito di tentativi per mutare all'ammalata la biancheria, sorge considerevole emorragia, seguita ben tosto da vivi dolori, agitazione, collasso, e finalmente la morte (1 marzo).

L'Autore pensa che il braccio del feto, era solo fuggito dalla rottura uterina, l'organo continuando a contrarsi sul corpo e sulla testa fetale.

Restringimento del bacino — cefalotrissia — parto artificiale — lacerazione dell'utero — guarigione; pel dott. Paalzow. (*Berlin. Klinisch. Woch.* N. 18, 1877).

Primipara di 29 anni, che aveva perduto le acque il giorno avanti. Bacino ristretto, promontorio deviato a destra. Testa fissa al distretto superiore in 2ª posizione della sommità. Granchi, polso a 100, iniezioni ripetute di morfina.

Il domani, 31 ottobre, la testa è posta in traverso, l'occipite in basso. Iniezioni morfinate e senapismi in causa dei crampi. Il primo novembre, dopo mezzogiorno, febbre. Non s' intendono più battute del cuore fetale. Nella sera, il collo presentando un'apertura di 6 centim., si scopre una lacerazione uterina. Perforazione del cranio fetale e cefalotrissia; estrazione difficile coll' uncino ottuso. Estrazione artificiale della placenta durante la quale si trova una seconda lacerazione situata a

destra a livello del segmento inferiore dell'utero. Il dito passato attraverso arriva in una borsa peritoneale, la cui sede corrisponde ad un tumore apprezzabile verso l'esterno durante il parto. Irrigazione dell'utero e della vagina con liquido fenizzato. Fasciatura con collodion. Vescica di ghiaccio per 3 giorni. Il 17 novembre si levano le fascie, e si sente all'esterno, dalla parte destra, un essudato proveniente dal bacino, ed estendentesi fino alla spina iliaca antero-superiore. Il 19 novembre questo tumore si apre in vescica.

Un secondo essudato formato a sinistra dell'utero, l'8 dicembre prende la stessa via per rompersi. D' allora comincia la convalescenza, e l'Autore potè condurre la paziente davanti la Società.

Caso di atrofia acuta del fegato nel puerperio; del dott. F. Weber. (*Schmidt's Jahrb.*, Lipsia 1877, n. 8).

Una donna russa, d'anni 38, avea partorito 13 volte facilmente, e felicemente, e sempre alla fine della gravidanza normale. Al 7° mese della sua 14ª gravidanza si lagnò di disturbi digestivi, e mostrò un aspetto singolarmente triste. Sei giorni prima la paziente fu presa da itterizia assai intensa, e da forti dolori nella regione del fegato; dopo tre giorni l'assalirono i dolori, seguendone il parto d'un bambino gracile, e fortemente itterico. L'utero si retrasse, ma la paziente rimase assai apatica. I dolori però alla regione del fegato erano assai diminuiti. Al secondo giorno si osservò secrezione di latte nelle mammelle. Negli ultimi giorni ritornarono i dolori nella regione del fegato in un grado assai considerevole. Quindi avvenne delirio, contrattura della estremità inferiore del corpo, convulsioni con susseguente sudore, e sopore.

A questo tempo (18 febbraio), vide l' Autore per la prima volta l'ammalata. Essa stava priva dei sensi, e respirava con forte rumore. La pelle presentava colore giallo intenso, il volto era alquanto edematoso: debole la reazione delle pupille. Il polso batteva lentamente; i toni del cuore, discretamente deboli, erano velati dal rumore respiratorio. Il ventre era molle, nè si appalesavano dolori al tatto negli ipocondrii. Alla percussione dell'epigastrio, e dell' ipocondrio destro il suono era pieno. Il fegato segnava al più 3 pollici sulla linea ascellare. Nulla d'anormale all'utero; i lochi erano abbondanti, e normali. La vescica fu vuotata artificialmente; nell'orina si trovò materia biliare, ed un pò di albumina. Le scariche erano giornaliere, ma involontarie, non diarrea. Di sera la temperatura era a 37°, il polso a 70, la respirazione a 24. Il giorno dopo nulla si cangiò, solo manifestossi edema alle estremità inferiori. Nei prossimi giorni s'aggiunse edema alle estremità superiori, ed al volto. Lo sviluppo del fegato sembrava diminuito ancor più. Al 20 febbraio anche l' itterizia era più intensa, la respirazione stertorosa; non era più percettibile al davanti la mutezza del fegato. Quindi la circonferenza della milza diminuita; temperatura 37°,5; polso 80; respirazione 28.

Il 21 febbraio, avanti mezzogiorno: temperatura 38°,9; polso 124;

respirazione 28; edema delle estremità considerevolmente diminuito. Locchi abbondanti, e senza odore speciale; ad un' ora di notte avvenne la morte. La cura fu sintomatica. I dolori alla regione epatica furono combattuti mediante le applicazioni d'una vescica di ghiaccio. In luogo del calomelano, e del ioduro di potassa fu prescritto il salicilato di soda per l'aumento di temperatura.

Della sterilità delle donne, che hanno una malattia degli organi genitali; per GRÜNEWALD. (*Arch. f. Gynæcologie*, vol. 7).

Secondo Grünewald, l'elemento essenziale della facoltà di riprodurre risiede nella donna nell'attitudine a covare l'uovo fecondato, che dipende esso stesso dall' integrità del tessuto uterino, ben più che nell'attitudine a concepire (contrariamente all' opinione di Marion Sims).

Le malattie degli ovarii, delle trombe, della vagina sono cause frequenti di sterilità, però raramente possibile a constatarsi.

Sopra 900 casi di sterilità osservati dall' Autore, 50 par 100 erano dovuti principalmente a processi infiammatorii; 30 per 100 ad altre anomalie degli organi genitali, complicate più o meno a forme infiammatorie; in 20 per 100 la sterilità esisteva senza che si avesse potuto constatare dei processi infiammatorii, o loro conseguenze nei tessuti dell'utero.

Lo stato del collo della matrice non ha che poca importanza nella questione; al contrario l' integrità della mucosa uterina vi tiene parte capitale. Tutto dipende dall'estensione della lesione di questa mucosa, e dalla profondità alla quale il disturbo nutritivo si è propagato nel tessuto sottomucoso, e nello strato muscolare.

Le para, e perimetriti agiscono in due sensi: da principio modificando sensibilmente la nutrizione, e la funzione degli organi genitali, ed in secondo luogo alterando la loro posizione normale.

Le infiammazioni di questo genere si producono sovente ne' primi tempi del matrimonio, che troppo spesso resta sterile. La ragione stà nell' ignoranza completa dei giovani maritati, e nell' igiene sessuale.

Rispetto alle *malformazioni, e le stenosi del collo, e dell'orificio*, l'A. asserisce, che esse sono raramente congenite, ma il risultato al contrario d' infiammazioni anteriori, o di altre anomalie di nutrizione. Se in questi casi, la sterilità è guarita dopo l' incisione del collo, simile risultato non è dovuto a ciò che lo sperma potè entrare liberamente nella matrice, ma a ciò che quest'operazione provoca la guarigione dei disturbi nutritivi della matrice.

Quanto alle versioni e flessioni dell' utero, bisogna convenire che il trattamento meccanico delle deviazioni uterine non serve che a liberare le ammalate dai loro tormenti, ma che la gravidanza non è che raramente il risultato della cura ortopedica. È per tal modo che Grünewald osservò che sopra 13 donne, 11 divennero incinte senza essere state sottomesse ad alcuna cura meccanica, e solo per 2 di esse si

potè ammettere l'uso d'un pessario intra-uterino, il quale contribuì alla guarigione della sterilità.

Le neoformazioni circoscritte della matrice intrattengono la sterilità nella gran maggioranza dei casi, non perchè si oppongano alla concezione, ma perchè danno luogo secondariamente a malattie di tessitura della matrice, che rendono più difficile l'impianto, e lo sviluppo dell'uovo fecondato, e talora impossibile. Le neoformazioni non interessano che il collo isolatamente, e sono meno importanti per la riproduzione.

L'ostetricia nel 1875-1876. (Comunicazione fatta alla New-Jork med. Journal associat. il 24 novembre 1875; esposto nell'*American Journ. of Obstetr. ed Ann. de Gynœkologie*, 1878).

Barnes (Fenomeni fisio-patologici della circolazione nelle donne incinte) crede aver riconosciuto nella gravidanza uno stato particolare del sangue, un accrescimento della circolazione arteriosa, ed una disposizione alla flebecstasia generale, o limitata, che può in certe circostanze condurre ad effusioni sanguigne. Questi spandimenti sono salutari, o funesti. Qualora si producono alla superfice d'una mucosa, possono prevenire delle emorragie interne, od un aborto, od impedire quell'alterazione renale, che ha per conseguenza l'albuminuria, o la eclampsia. Le perdite uterine, che accompagnano l'aborto possono agire nello stesso senso. Simili accidenti, talvolta utili, possono però divenire dannosi, per l'anemia, che essi causano. Durante il periodo sessuale, le emorragie devono far supporre una gravidanza, od un disordine menstruale, ed indicano il salasso, i purganti, gli alcalini, la mancanza d'eccitanti, un regime dietetico, la digitale, ecc., per diminuire la tensione vascolare nei casi di gravidanza.

La diagnosi d'una gravidanza recente è sempre poco facile; le papille della mammella passavano per un segno abbastanza certo, ma Vedeler concluse del poco loro valore diagnostico. Esse divengono sporgenti quando se ne formano di nuove, o se le antiche si ipertrofizzano. Vedeler esaminò 60 donne, che non erano state mai incinte, fra le quali 65 non maritate, e sopra questo numero trovò 44 volte le papille sviluppate, 7 volte non ne trovò; in 3 casi esse erano tanto sviluppate come nelle donne incinte. Le papille non mancarono che 13 volte sopra 100; erano invece invisibile in 20 donne incinte sopra 334 donne esaminate.

Cumming ha dato alla Società ostestrica di Edimburgo alcuni fatti, i quali provano che il ritmo del cuore del feto intrauterino, non è una indicazione certa del suo sesso. Sopra 111 osservazioni le predizioni esatte non passano le erronee che di 13. Dalle sue osservazioni sul peso dei fanciulli, egli conclude che le inesattezze tengono a ciò che il ritmo cardiaco varia non solamente col sesso, ma anche col peso, dimodochè una grossa bambina può avere un polso meno rapido che un fanciullo piccolo. Il ritmo cardiaco è un pò più rapido nelle femmine che nei maschi. Quando al soffio uterino, accetta l'opinione che si produca nei

vasi uterini, e che non ha rapporto col punto d'inserzione della placenta, nè colle variazioni della circolazione placentale.

Un gran numero di gravidanze extrauterine sono state citate, in questi ultimi mesi. Thomas ha fatto conoscere un nuovo metodo operatorio per l'estrazione del feto in questi casi, ed egli riferisce un caso di successo. L'ammalata aveva un tumore addominale, e del dolore nella regione iliaca sinistra.

L'esame fece conoscere, a sinistra dell'utero, una cisti grossa come la matrice, e discendente sino a livello del mezzo del collo. Questo tumore presentava un corpo solido, che ballottava nel suo interno.

Ecco come fu fatta l'operazione; lo speculum di Sims essendo stato introdotto per allontanare fortemente le pareti della vagina, Thomas fece col coltello galvanico un' incisione nella parete vaginale che egli condusse sino alla cisti. Egli la punse, e fece l'estrazione del feto attraverso l'apertura Distaccò una porzione di placenta, ma sopravvenne una emorragia così violenta, che bisognò iniettare del persolfato di ferro in soluzione, e riempire la cavità con del cotone saturo di ferro essiccato.

Al quarto giorno si manifestarono sintomi di septicemia; quando si tolse il cotone, si fecero giornalmente iniezioni di acqua fenizzata. L'ammalata si ristabilì. Thomas crede che egli ebbe torto nel fare l'estrazione della placenta; in un caso simile la lascerebbe a posto.

Racconta quindi un altro caso di successo in una gravidanza extrauterina. La diagnosi non potè essere precisata che allorquando 9 litri furono estratti, e che si potè sentire distintamente il feto. La gravidanza durava da più di 9 mesi, il feto fu estratto morto, e la placenta lasciata nella cisti. Molte settimane più tardi l'ammalata fu presa da sintomi febbrili, e la placenta libera nell'addome fu estratta per una piccola apertura, che rimase beante. L'ammalata si ristabilì.

Dresselhuys riferisce un caso simile nel quale si formò un ascesso, e la testa fetale si presentò all'apertura.

L'opera la più completa sopra questo soggetto è quella di Parry.

Nei casi di replezione del sacco l'Autore consiglia l'operazione immediata che può renderci padroni dell'emorragia.

Leopold scrisse una memoria assai interessante sulla morte abituale del feto, e della sua espulsione artificiale. Dalle conclusioni si deduce, che la morte abituale del feto può essere dovuta a molte cause: 1.° Sifilide dei parenti. 2.° Anemia o distocia materna. 3.° Malattie croniche dell'utero, irritazione uterina; irritabilità organica generale. 4.° Eredità. 5.° Modificazioni funicolari, o placentari. Il trattamento deve cercarsi nell'ablazione delle cause; il parto prematuro salva soventi il feto, ed il momento preciso nel quale devesi provocare sarà indicato dallo stato del cuore del feto, dalla storia delle gravidanze precedenti, e dalla causa probabile della morte prematura dell'uovo.

La ritenzione d'un uovo morto fu l'oggetto di molti lavori interes-

santi. Clintok dice che in regola, allorchè un embrione soccombe nell'utero, viene immediatamente espulso; ma questa regola soffre numerose eccezioni, che costituiscono dei casi difficili, ed imbarazzanti.

Una cliente di Montgomery, dopo una gravidanza di due mesi, provò tutti i sintomi d'un aborto. Essa continuò ad avere una perdita irregolare, e ad un tratto dopo una corsa in vettura, fu presa da dolori uterini, ed emorragia; Montgomery la liberò d'un feto che avea dimorato sette mesi nell'utero dopo avere soccombuto. Clintock, Mundé, Johnston, Ingleby ed altri riferirono casi analoghi. Essendo ammesso il fatto, che l'uovo può essere ritenuto qualche tempo dopo la sua morte, sarebbe assai interessante sapere come può durare questa ritenzione. Clintock inclina a credere che il suo limite sia di 9 mesi; però ammette non esservi ragione *a priori* di supporre che un uovo sia ritenuto più di 9 mesi, siccome un feto, soccombente alla fine della gravidanza, può passare il termine; è ciò che si chiama travaglio perduto (missed labour).

L'opinione di Clintock ci sorprende, poichè s'egli avesse richiamato le sue letture, avrebbe ritrovato molti casi in cui la ritenzione ovulare ha durato più di 9 mesi.

Nell'osservazione di Johnston il travaglio non si è dichiarato che al 10° mese, e Mundé riunì molti casi nei quali si passò questo termine; una volta 10 mesi, due volte 11 mesi, due volte 12 mesi, una volta 13 mesi, una volta 17 mesi, ed una volta 18 mesi. Si conoscono dei casi in cui l'utero ha espulso delle ossa fetali molti anni dopo la concezione; in altri l'autopsia ha fatto scoprire nell'utero delle ossa molti anni dopo la gravidanza. Come esempio noi citeremo il caso in cui Camerarius (citato da Mundé) trovò un uovo calcificato, del peso di 4 chilogrammi, racchiudente un feto, nell'utero d'una donna di 94 anni. Questi dati bastano a provare l'inesattezza della opinione di Clintock. La ritenzione ovulare varia da qualche ora ad alcuni anni.

Byrne sostiene che si ha torto di credere, come si fa in generale, che il feto è ordinariamente espulso subito dopo la sua morte, e che al contrario viene ritenuto qualche tempo nell'utero.

I cangiamenti che subisce l'uovo morto non sono numerosi.

In genere i suoi tessuti si mummificano, e si disseccano, e se la ritenzione dura degli anni, essi vengono calcificati. Può pure essere intieramente assorbito, a putrefarsi, disaggregarsi, e sortire a pezzi.

Più il feto è vicino a maturanza al momento della sua morte, più è probabile, che si decomporrà.

Si attribuisce la conservazione del feto all'esclusione dell'aria per le membrane, ed alla proprietà antisettica del sale, che contiene il liquido amniotico. Qualche volta la placenta continua ad accrescersi dopo la morte del prodotto; essa può allora essere più voluminosa, di quello la comporti l'età del feto; può pure raggiungere lo sviluppo d'una placenta a termine, mentre che il feto resta piccolo, e può pure scomparire.

La morte del feto può dipendere da qualche stato individuale, sovente

d'una malattia funicolare, e noi possiamo credere che questa morte sia lenta, e graduale. Non è tuttavia possibile determinare dappoi quanto un feto abbia dimorato nell'utero dalla considerazione del suo volume, e del suo aspetto, come lo prova la giovinezza apparente di qualche prodotto, che è noto sieno stati lungamente trattenuti nell'utero, e la mancanza di rapporto fra la grossezza del feto, e della placenta.

Simile questione è importante per la medicina legale. La diagnosi riesce dubbia, poichè questi casi sono assai imbarazzanti. Noi siamo soventi obbligati di riportarci alle asserzioni degli ammalati, che soventi ci inducono in errore. Il collo è sovente molle, rilasciato, aperto, ed il corpo uterino voluminoso. L'esistenza d'una perdita può avere un gran valore, indicando la morte del feto. La termometria uterina ci promette molto aiuto. Se mettendo in opera tutta la nostra abilità, e la nostra scienza noi non possiamo formulare una diagnosi, non dobbiamo scoraggiarci, poichè Clintock ci racconta, che egli assistè al consulto di cinque medici distinti, nel quale non si potè stabilire se il feto era morto, o vivo.

Se non vi ha perdita putrida, se la donna non è spossata dalle emorragie, è probabile che l'uovo sarà espulso senza grave perdita, e che l'ammalata si ristabilirà. Se il prodotto si è putrefatto, i pericoli dell'emorragia sono ancora minori, ma sono a dubitarsi altri danni. Clintock ci dice; io credo che si possa porre quì un aforismo, che più lo sviluppo del feto è avvanzato, più la ritenzione è dannosa per la madre. La cura si riassume nell'espulsione immediata del feto. Per ciò fare noi possiamo dilatare il collo, ed amministrare della segale; qualche volta si può fare dell'aspettazione, e lasciar andare il feto sino al termiue; esso è allora in generale espulso spontaneamente. Noi non siamo autorizzati a dilatare il collo, senza esserci assicurati della morte del feto. Gli antisettici sono indicati nel caso di perdite putride.

Alla discussione mossa da Dervis sulla retroversione dell'utero gravido molti medici parlarono dei casi di questo genere, dedotti dalla loro pratica; limitaronsi però tutti presso a poco allo studio della riduzione. La causa è quella ammessa pel primo da Tylor Smith una retroversione ante-gravidica.

Martin riguarda la diagnosi come difficile. Si può confondere questa affezione con un ematocele retro-uterino, con una gravidanza extra-uterina, dei tumori, o dei depositi retro-uterini. L'esame vescicale, e rettale, e forse la precedente introduzione dell'isterometro toglierebbero dal dubbio. Barnes indica la sporgenza del perineo, come un sintoma che riunito agli altri, ci permette di porre una diagnosi certa. La ritenzione d'orina può essere uno dei primi sintomi, ma se, come nel caso di Mundé, si produce una flessione, il collo non preme sull'uretra, e l'orina non è ritenuta in vescica.

La prognosi è sempre favorevole, purchè l'ammalata ricorra tosto al medico. Sopra 48 casi citati alla Società ostetrica, 8 furono mortali. La

causa della morte fu soventi la gangrena della mucosa vescicale, seguita della distensione prolungata.

Uno di questi casi finì colla guarigione, dopo l'esfogliazione di tutta la mucosa vescicale; la vescica restò contratta, e l'ammalata conservò un impossibilità di rimanere più di qualche minuto senza orinare. La morte è talora in questi casi la conseguenza dell'alterazione renale, del *choc* uremico, e di spossamento.

Barnes riguarda la rottura della vescica come complicazione assai rara; come pare lo stesso della peritonite, che si considera soventi quale causa frequente di morte.

L'aborto non è raro nella retroversione, esso può prodursi avanti ogni sintomo.

La prima apparizione dei sintomi ha luogo, in generale, alla metà del terzo mese, od al principio del quarto; nel caso di Mundé avvenne all' 11ª settimana.

La questione della cura della retroversione ha fatto dei progressi: è lo stato dell'ammalata che deve decidere se bisogna ridurre l'utero appenachè siasi constatato la deviazione.

Se la ritenzione ha durato lungamente, qualora siensi prodotte modificazioni secondarie, se l'ammalata è spossata, molti autori sostengono che bisogna vuotare la vescica, e lasciare all'ammalata tempo per rimettersi avanti intraprendere alcun sforzo per la riduzione. Altri autori, come Gervis, pretendono che bisogna fare il taxis subito dopo l'evacuazione della vescica, perchè l'aspettazione esporrebbe a numerosi accidente.

Se l'accidente è recente, non vi hanno sintomi serii, si potrebbe tentare l'immediata riposizione dell'utero. Nella più parte dei casi questa riduzione non è difficile; ma talvolta l'utero sembra fisso nella sua posizione anormale.

RIVISTA DERMATOLOGICA

del dott. CARLO PADOVA.

Majocchi D. — *Contribuzione alla patogenesi della peliosi reumatica.*
Marchiafava — *Sopra un altro caso di peliosi reumatica; lettera al dottor Majocchi.*
De-Amicis — *Rara forma di neo pigmentario diffuso in tutta la superficie cutanea.*
Scarenzio — *Di una singolare alterazione pigmentaria verrucosa e lipomatosa congenita.*
Manassei — *Su di un caso di neo verrucoso pigmentario peloso congenito.*
Woronichin — *Sul nigrismo.*
Duhring — *Di un caso di donna barbuta.*
Rizzoli — *Ciocca di capelli bianchi sulla fronte congenita ed ereditaria.*
Benazzi — *Due casi ribelli di eczema rubrum curati e guariti colla tintura di maiz guasto.*
Paola — *L'eczema.*
Gamberini — *Storia di polimorfa successiva.*
Tanturri — *Tre casi clinici nuovi di Mycosis fongoides di Alibert.*
Majocchi — *Kerion dei Greci, studii anatomo-patologici.*
Gamberini — *Il sistema nervoso in rapporto colle malattie della pelle.*
Kaposi — *Sulle nevrosi di sensibilità della pelle.*
Testut — *Della simmetria nelle affezioni della pelle.*
Mayer — *Dell'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo delle affezioni cutanee.*
Carry — *Dell'azione e delle indicazioni dei bagni nelle malattie della pelle.*
Barduzzi — *Dell'uso del solfato di rame in alcune dermatosi croniche.*
Tanturri — *Contribuzione patologica e clinica intorno all'eritema multiforme essudativo.*
Kaposi — *Sulla patologia e terapia di particolari malattie cutanee: lichen ruber acuminatus e lichen ruber planus.*
Henry Fox — *Un caso di lichene piatto.*
Le Keyes — *Idem.*
Bronson — *Idem.*
Hebra — *Azione dell'acqua sulla pelle sana ed ammalata.*
Bergeron e Proust — *Delle eruzioni chimiche.*
Geber — *Sull'anatomia del lupus eritematoso.*
Piffard — *Un caso di lupus eritematoso del pene.*

Milton — *Dell'orticaria gigante.*
Wyndham Cottle — *Della cura locale della psoriasi.*
Lancereaux — *Nota sopra un caso di lingua nera.*
Armaingaud — *Della colorazione nera della lingua per cromidrosi.*
Smith — *Xantema.*
Lewin — *Intorno al cisticerco della cellulosa, e sua manifestazione alla pelle dell'uomo.*
Guttmann — *Intorno ai cisticerci della pelle.*
Piffard — *La diatesi reumatica in dermatologia.*
Hardy — *Della sclerodermia.*
Mauriac = *Lezioni sull'erpete nevralgico degli organi genitali.*
Fournier — *Della porpora jodica.*
Apoland — *Fatto curioso di eruzione oppiacea.*

Contribuzione alla patogenesi della peliosi reumatica. Storia clinica del dott. Domenico Majocchi. (Roma 1876).

La peliosi reumatica fra le forme emorragiche è quella di minore importanza sia per la poca gravezza dei sintomi, che per il suo decorso breve, è assolutamente da esse distinta e forma un'ente a sè.

La storia riferita dall'Autore riguarda un giovane di anni 18, di costituzione linfatica e ben nutrito.

Due mesi prima dall'ultima malattia avendo viaggiato a piedi da Roma a Napoli soffrì di edema agli arti inferiori e superiori, che scomparve. Dopo otto giorni fu preso da risipola, guarito dalla quale, mentre già aveva ripresi i suoi lavori di falegname gli comparve sulla pelle una efflorescenza accompagnata da prurito assai molesto e che venne diagnosticata per rogna. Appena incominciata la cura della scabbia lagnossi, di dolore ad ambedue le articolazioni del ginocchio, accompagnato da tumefazione e febbre a freddo. Il giorno dopo presentò eruzione di alcune piccole macchie rossastre della grandezza di una lente alle gambe ed alle coscie, ed insieme l'ammalato si fece triste, ed abbattuto nelle forze.

Intanto le macchie si fecero più oscure, non scomparivano alla pressione, ed erano accompagnate da formicolio alle gambe e senso di freddo specialmente alla regione esterna delle coscie, ove era anche diminuita la sensibilità tattile e dolorifica. Inoltre alle gambe principalmento nelle ore di notte osservavasi un sudore algido. Le articolazioni delle ginocchia presentavano leggiera tumefazione accompagnata da calore urente, da dolore spontaneo quasi nullo, ma sensibile alla pressione; la pelle era di colorito normale, sebbene ogni movimento dell' arto fosse impedito tanto dalle infiammazioni della capsula articolare che dal dolore riflesso. Al microscopio il sangue delle macchie cutanee diede discreta quantità di globuli rossi, alcuni impiccioliti, altri in disfacimento

misti a qualche frammento di cristalli di ematoidina. Si trovò pure albumina ed abbondanza di cloruri ed urati nelle orine. Si ordinarono i tonici ed i ricostituenti e le pennellature di iodio sulle articolazioni del ginocchio. Dopo due mesi circa di degenza l'ammalato lasciava l'ospedale guarito.

La forma suddescritta è chiara della peliosi reumatica di Schöenlein. Essa si distingue dalla porpora emorragica per lo stato generale cachettico di quest'ultima forma e per l'aspetto più esteso, e profondo delle sue emorragie; dallo scorbuto perchè questo genera stravasi assai grandi, e le caratteristiche nodosità, e le alterazioni note alle gengive, ecc. Lo stesso si può dire del morbo maculoso di Werlhoff, e tanto più poi dell'emofilia dove i versamenti cutanei sono quasi sempre causati da un trauma od altra lesione locale, nè nel caso dell'Autore la scabbia può essere considerata come causa occasionale perchè i guasti erano affatto distanti dai punti presi dalla scabbia; la quale appariva solamente al dorso delle mani, agli spazii interdigitali, alle parti genitali ed agli avambracci, mentre i punti emorragici erano alle gambe ed alle coscie, e d'altro lato l'infermo non aveva mai patite malattie che accennassero ad una *disolutio sanguinis*. È pure da distinguere la forma emorragica in discorso dalle ematinorragie.

Nell'ammalato eranvi anche fenomeni di alterata sensibilità, sensazioni limitate di freddo, dolori alle ginocchia, formicolio alle gambe che scomparvero collo scomparire delle macchie. Tutti questi fenomeni l'Autore crede abbiano origine neuropatica; l'albumina trovata nelle orine la fa ripetere da catarro dei canalicoli uriniferi, per nefrite da causa reumatica.

Studiando la patogenesi della peliosi il dott. Majocchi ricorda come in tutte le forme emorragiche cutanee può avverarsi la rottura dei capillari, od il trasudamento del sangue per varii processi riferibili *alla diminuzione del tono vasale od all'aumento indiretto di pressione circolatoria oppure ad un vizio profondo della crasi sanguigna.* Esclusa quindi da questi processi, la peliosi si appoggia ai fatti della fisiologia sperimentale onde dimostrare che in questa malattie vi entrano come causa i disturbi vaso-motori della circolazione; e dagli studii di Bernard, Brown-Sequard, Schiff, Vulpian, Axman, Eulemburg, Landois, Charcot, Parrot, Rosenthal ed altri, che l'Autore segue nelle loro investigazioni fisio-patologiche, deduce che le lesioni portate dalla peliosi possono trovare il loro punto di derivazione dallo stato semiparalitico « forse di origine periferica » dei nervi che influenzano gli arti inferiori.

D'altronde le alterazioni della sensibilità tattile termica e dolorifica depongono per uno stato nevro-paralitico dei nervi vaso-motori, che si rivengono in altre malattie, tabe dorsali, lebbra dei Greci, emorragie cutanee. Così pure le alterazioni della respirazione cutanea. come furono trovate in questo ammalato, dai fisiologi vengono assegnate a lesione

vaso-motoria, e questo verrebbe provato anche della rapida scomparsa delle effusioni ematiche.

All'Autore dopo le osservazioni fatte da Charcot e Brown-Sequard non sembra per nulla esagerato anche il ritenere di origine nevropatica le artropatie constatate in questo caso clinico, che sarebbero riferite allo stato nevro-paralitico dei nervi vaso-motori della membrana sinoviale, opinione che sarebbe avvalorata da quella del Charcot e del Vulpian; forma questa che l'Autore crede caratteristica della peliosi reumatica e non una semplice concomitanza.

Considerato da ultimo, all'appoggio di molti autori, come le cause reumatizzanti abbiano in questo caso dato luogo ad uno stato nevro-paralitico dei nervi vaso-motori delle estremità inferiori l'Autore addiviene alle seguenti conclusioni:

1.° La peliosi reumatica è una delle forme emorragiche cutanee, distinta clinicamente dalle altre, ed al dire di Hebra è una vera malattia sostantiva.

2.° La peliosi si presenta con fenomeni speciali nervosi che non si riscontrano in altre malattie ad essa affini.

3.° La peliosi non è figlia di alcuna diatesi o discrasia, o il risultato di processi infettivi.

4.° I fenomeni nervosi osservati nell'infermo affetto da peliosi, lo autorizzano a ritenerla prodotta da un disturbo dei nervi vaso-motori « stato nevro-paralitico ».

Sopra un sopra caso di peliosi reumatica. Lettera del dott. Giuseppe Marchiafava al dott. Domenico Majocchi. (Roma 1877).

Un giovane di anni 23, sano, dietro un viaggio in un giorno in cui dominava il vento fu preso da brividi e febbre, dolori alle membra principalmente alle estremità inferiori, fisonomia abbattuta, leggieri sintomi gastrici. Gonfiore lieve alle gambe ma più risentito alle articolazioni tibio-tarsiche e sul dorso del piede. Macchie rosso-oscure della grandezza della capocchia di uno spillo a quella di una lente ad ambedue le gambe, che non si dileguavano sotto la pressione, quindi emorragiche.

Dolorabilità alla pressione sulle pareti addominali, polso debole a 70 battute, orine rosso-sporche contenenti albumina in piccola quantità, numerosi globuli rossi, qualche globulo bianco e qualche cilindro jalino. Al terzo giorno sopravvennero dolori addominali intensissimi che durarono dalla sera alla mattina susseguente, senza causa nota. Nei giorni consecutivi i dolori erano scomparsi ma il ventre si mantenne dolente e contratto, le gambe pure dolenti e si verificarono nuovi punti emorragici. Al dodicesimo giorno nuovo accesso di enteralgia, indi miglioramento generale compresovi anche lo stato delle orine; dietro questo presentossi altro periodo di peggioramento che si alternò con miglioramenti fino alla guarigione che si ottenne in 40 giorni.

La cura fu di leggieri dosi di chinino, decozioni di corteccia peruviana, e dieta ricostituente.

Da notarsi in questa storia sono i *dolori gastro-intestinali* e l'*ematuria.*

Già un anno prima, come abbiamo or ora veduto, il dott. Majocchi faceva dipendere la peliosi reumatica da uno stato nevro-paralitico, cui fecero eco Couty, Immerman. Quest'ultimo poi unitamente a Scheby-Buch crede che tali forme neuralgiche dipendano da emorragie avvenute contemporaneamente nella sierosa dello stomaco e delle intestina, ma queste, osserva l'Autore, non si trovano nei morbi emorragici anche più gravi della peliosi.

La ematuria invece si è trovata nelle gravi malattie di porpora e non nella semplice peliosi, ma nel caso descritto dall'Autore la mancanza di altre emorragie, e la sola persistenza dei punti emorragici alle gambe non facevano ammettere un grave disturbo emorofilo delle pelvi o del rene.

L'Autore quindi crede che la peliosi reumatica dipenda da alterazione del simpatico, che ad una nevrosi di questo genere devono legarsi anche le coliche gastro-intestinali, come lo sono, secondo gli ultimi studii, le coliche saturnine; dalla stessa causa ancora dipendono due altri fatti patologici osservati nel suesposto caso cioè la stipsi ed il rallentamento del polso, la prima per l'influenza che lo splancnico esercita nel moto peristaltico, ed il secondo per quella dell'aumento dell'attività moderatrice del vago sui moti del cuore per eccitazione riflessa. Ma qui non è tutto. Anche l'albuminuria e l'ematuria, l'Autore non le vorrebbe causate dalla nefrite catarrale, ma le subordinerebbe pure al disturbo primitivo di innervazione del simpatico, cioè di una paralisi vaso-motoria appoggiandosi su ciò all'asserzione di Stokwis e all'esperienza di Wittich, Schiff, Longet e Bernard, e per l'albuminuria agli studii di Cohnheim.

Rara forma di neo pigmentario diffuso su tutta la superficie cutanea; del dott. Tommaso De Amicis. (Napoli, Estratto dal *Mov. Med. Chirurgico*, N. 29 e 30).

L'esposizione di questo caso è preceduta da considerazioni sulla sua denominazione, divisione, distribuzione ai varii punti della superficie cutanea, e sua frequenza.

Il soggetto ne è una giovane di anni 17, avente tre sorelle e cinque fratelli senza alterazione di sorta alla cute Ella stessa fu sempre sana, meno che ebbe ad essere infetta pochi mesi prima da sifilide.

L'alterazione che presenta è congenita. Essa consiste in centinaia di macchie pigmentate in bruno verdastro sulla regione frontale temporale e delle guancie. Queste macchie hanno la grandezza da un capocchio di spillo ad una grossa lente, sono rilevate a guisa di eminenze verrucoidi ed in massima parte coperte da peli neri bene svilup-

pati. Le regioni cervicali sono libere, solo anteriormente rare macchie dello stesso genere si osservano in questa regione.

Negli arti superiori, e nelle regioni anteriori e posteriori del torace le macchie sono innumerevoli principalmente alle braccia e presentano la grandezza di una moneta da cinque a dieci centesimi. Alcune di esse sono semplici macchie ipercromiche liscie e senza peli, nè rilevatezza, altre sono pelose rilevate sulla cute al foro d'uscita del pelo. Le regioni dorso-lombare, sacrale, quelle delle natiche, l'addominale inferiore e l'anterior superiore della coscia sinistra sono tutte occupate da una pigmentazione di notevole estensione, la quale non è simmetrica da un lato e dall'altro, ma predominante a sinistra e delineate come segue. Partendo da due dita trasverse al disotto dell'angolo scapolare sinistro si segue a destra una linea che discendendo in basso, contorna la cresta iliaca anterior superiore va verso la parte media della piegatura dell'inguine e ripiegandosi in fuori lascia come una lingua sporgente il cui lato inferiore si prolunga indietro e segue il livello inferiore della natica destra per riunirsi all'ano con la metà opposta. Dall'altro lato la linea di demarcazione dorsale discende obliquamente sino a 4 dita trasverse al disopra della cresta iliaca, si dirige verso l'ombelico da cui ne rimane distante circa due dita trasverse, passa obliquamente la linea alba, discende in basso verso la regione inguinale destra, di rincontro all'altro margine già descritto, e da cui è separata da poco più di un grosso dito trasverso, quivi forma anche un angolo ottuso e si ripiega nelle regioni genitali. In questo luogo la pigmentazione occupa la regione del pube fino alla commissura superiore delle grandi labbra, si estende a tutta la faccia esterna del gran labbro destro, mentre a sinistra impegna anche la faccia interna; rimangono libere le ninfe, nella cui parte interna, come anche nella fossetta, la mucosa vedesi di un colorito normale; la pigmentazione si estende nella regione perineale ed occupa la mucosa dell'ano, e nella parte posteriore della coscia il suo livello è più in basso che a destra, discendendo anteriormente sino al livello del terzo inferiore della coscia. Tutte le regioni comprese in questa circoscrizione sono di un colorito bruno-nerastro più o meno fosco, con peli per la maggior parte bene sviluppati e più fitti che altrove.

La cute in generale è molle, liscia come quella dei negri, con tessuto adiposo molle ed abbondante. Nelle regioni sacrali massime a sinistra forma varie ondulazioni che circoscrivono eminenze globose più o meno rilevate, di cui la più grande sta sopra la cresta iliaca sinistra ed è di forma oblunga misurando otto dita trasverse di lunghezza per quattro di larghezza; è più molle delle altre parti ed è liscia nella superficie e senza peli.

Sugli arti inferiori sonvi numerosi nei miliari, lenticolari, e nummulari provvisti di peli come negli arti superiori, ma di maggiore grandezza; la pianta dei piedi ne va esente, mentre se ne osserva una nel palmo della mano sinistra grande come una moneta da cinque centesimi, di tessuto molle cedevole e il derma circostante invece è consistente. Nessuna alterazione nella sensibilità.

Dall'esame di un piccolo pezzo di cute macchiata esportato risulta che vi ha discreta pigmentazione dello strato di Malpighi, pigmentazione ed iperplasia del derma, mentre (particolarità propria a questo caso) lo strato papillare è perfettamente incolore ed è separato dallo strato profondo ed orizzontale del derma da una zona di tessuto che non ha pigmentazione di sorta.

Questo esempio quindi comprende tutte le possibili anomalie di pigmentazione dalla *semplice macula iperemica* al *neo lipomatode* o *mollusciforme* avvicinantesi molto al sarcoma, per cui l'Autore non mette fuori di evenienza che col progredire succeda dell'età tarda la trasformazione di qualche punto in sarcoma.

L'Autore basandosi al modo di manifestazione e dalla configurazione di questo neo, non lo vorrebbe legato a determinati territorii nervosi, lo riterrebbe un' alterazione trofica, e trova giusta l'opinione di Oscar Simon che bisogna « accettare con molta circospezione il rapporto dei nervi col neo » riterrebbe la cosa più frequente nelle forme di neo vascolare, ed in altre classi di malattie cutanee; ammette nel caso suo la possibilità e la probabilità di un' influenza nervosa, ma fino ad ora non si hanno prove anatomiche per dirlo con certezza, perchè la loro disposizione non è in rapporto solamente col decorso delle diramazioni nervose, ma anche colle linee papillari e colla divisione dei vasi e dei follicoli. Per cui conclude che nella patogenesi di simili morbosità vi ha ancora del mistero.

Di una singolare alterazione pigmentaria verrucosa e lipomatosa congenita; del prof. Angelo Scarenzio. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Il prof. Scarenzio leggeva nell'adunanza del 22 febbraio 1877, dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, intorno ad un caso di deformità cutanea consimile all'ora esposta e di cui pochi casi possiede la scienza. Il soggetto ne è un contadino montanaro di 21 anni circa, abbastanza ben sviluppato fisicamente e discretamente nell'intelligenza. La madre di questo giovane nella gravidanza di questo suo figlio ebbe a soffrire alcuni disturbi simpatici di stomaco, e quanto a disturbi morali era stata contrariata in una sua *voglia* di cibarsi una volta di una data qualità di alimento, ciò che le produsse grande impressione. Il paziente presentatosi alla clinica del prof. Scarenzio è alto metri 1,76; dalle misure craniometriche risulta la capacità cranica normale; presenta il viso tempestato da un grande numero di macchiette di colore caffè sbiadito al nero, alcune liscie altre rilevate, rugose e pelose. Sul tronco tali macchie si presentano

proporzionatamente in minor numero, con eguali caratteri, ma di maggior dimensione, finchè arrivando posteriormente verso l'angolo inferiore delle scapole spicca a punta una grande macchia di colore nero-olivastro che allargandosi copre i lombi, le natiche e la parte posteriore delle coscie, circondando la inferiore del tronco dall'ombelico in giù, non

che porzione delle coscie stesse. Questa macchia, rilevata, rugosa, ricoperta di peli in quella grande estensione è un gran neo dell'istesso colore e forma di quelli disseminati pel corpo. Due di queste macchie riscontransi anche sulla mucosa del glande in prossimità dell'uretra. Il

colorito del restante della pelle e delle mucose era normale. Pigmentazione più pronunciata della coroidea. L'estesiometria dà per risultato diminuzione della sensibilità nella parte sinistra sui punti pigmentati, e all'inverso invece nella parte destra. Sensibilità dolorifica molto diminuita a destra. Quest'individuo presentava inoltre un vasto tumore bilobato alla natica destra del diametro verticale di 32 centimetri; del trasverso di 42, con un'altezza di 12; un altro più piccolo in vicinanza all'ano al disotto del perineo; ed un terzo del volume di un uovo di struzzo al fianco sinistro.

Come esempii di simili casi l'Autore ricorda quelli di Walther, uno conservato alla Maternità di Milano, uno descritto dal prof. Orsi, un altro dal Manassei, ed in una successiva adunanza dell'Istituto faceva risaltare la grande rassomiglianza fra il suo caso e quello del dott. De Amicis, per cui accresce valore alla sua conclusione: che se gli ultimi casi e le ultime investigazioni in proposito degli Autori tendono a mostrare svilupparsi queste affezioni in dati territorii della sfera vasomotoria, non bisogna meravigliare se una gestante come in seguito a vive impressioni morali partorisce bambini affetti da convulsioni, possa anche averne altri affetti da alterazioni in una diversa sfera del sistema nervoso. Quest'alterazione di pelle poi, presentatasi in modo sì rilevante senza che vi entri la razza etiopica, può anche far propendere verso l'opinione di coloro che ammettono la unicità della razza umana.

Su di un caso di neo verrucoso pigmentario peloso congenito. Comunicazione fatta all'Accademia Medica di Roma dal socio dott. Casimiro Manassei. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Riportati dall'Autore varii casi che trovansi nella storia di questa deformità, colle sue varie nomenclature; detto come siano quasi sempre congeniti e talvolta ereditarii, come alcuni fatti tenderebbero a deporre favorevolmente sulla loro dipendenza da impressioni avute nella gravidanza dalla madre, descrive il caso.

Eccolo: « Si tratta di un esteso *neo pigmentario verrucoso e peloso*, che dalla parte media del dorso, dalla regione infrascapolare discende obliquamente da ambo i lati per riunirsi nella linea mediana del ventre; nella parte posteriore del tronco discende fino al coccige, da dove guadagnando l'esterna faccia dell'ileo va a terminare da ambo i lati al mezzo del pube, formando un panno continuo. Il colorito del neo è di nero inchiostro della China nella parte posteriore del tronco, là dove è guarnito di maggiori peli; è lucente nel mezzo del dorso, dove veggonsi disperse delle tuberosità rare, taluna maggiore della grandezza di un cece, altre più piccole; ivi l'epidermide vedesi sollevata in piccole squammette aderenti per un lembo, untuose al tatto in ispecie verso i fianchi ».

« La porzione dorsale del gran neo sopratutto è circondanta da folti finissimi peli della lunghezza di un pollice circa, di color castagno scuro, simili a quelli del capo, anche essi numerosi, inclinati, formanti dei vortici nella linea mediana; meno numerosi verso il centro, dove il neo è

solo pigmentario, lucente. Sui fianchi e nella faccia ventrale i peli sono più rari, meno lunghi, il colorito della pelle meno pigmentato. Le parti genitali sono comprese nel neo ».

Altri nèi simili a questo ma più piccoli sono qua e là distribuiti sulla superficie cutanea, due però più grandi esistono alle braccia e sono tutti pelosi.

L'Autore fra le teorie varie sulla formazione di queste deformità crede più veritiera quella di Baerensprung cioè che dipenda dal sistema nervoso trofico, ed i vascolari dal sistema trofico e dal vaso-motore, e principalmente dalla predisposizione di alcuni territorii nervosi; che nel caso presente bisognerebbe ammettere l' alterazione, irritativa o di altro qualunque genere, nella massima parte dei ganglii spinali, o nelle espansioni territoriali periferiche dei medesimi.

Questo caso inoltre, secondo l'Autore, sarebbe contrario alla credenza che vi entrasse come causa un' impressione ricevuta nella gravidanza dalla madre, perchè questa bensì ebbe a spaventarsi per un cane di pelo nero, in modo da ritenerne per molto tempo la cattiva impressione, ma questo sarebbe successo già dopo il quarto mese e mezzo di gravidanza, epoca in cui i tegumenti del feto erano già compiuti.

Sul nigrismo; del dott. Woronichin di Pietroburgo. (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*, Bd. XI, 6 settembre 1877).

Sono due casi di nigrizie parziale.

Osserv. I.ª — Un giovanetto sano e ben costituito, presentava al piede sinistro, a 2 centimetri del disopra dei malleoli una pigmentazione nera che ascendeva fino alla coscia per l'estensione di 25 centimetri. La pigmentazione invadeva inoltre una parte della regione pubica sinistra lasciando illeso lo scroto ed il pene. La faccia interna della gamba era di colore meno carico. Alla palpazione la pelle del piede sinistro pigmentata sembrava più dura che quella del piede destro. Alla sua superficie, si vedeva un gran numero di macchie di color chiaro da cui risultavano delle inegualità della pelle. All'esame della coroidea fu impossibile constatare la più piccola anomalia di pigmentazione.

Osserv. II.ª — Un bambino di 2 anni e mesi 10, portava sul dorso una larga macchia nera che si estendeva dalla 10ª vertebra dorsale fino alla 3ª lombare per una lunghezza di 11 centimetri, e per una larghezza di 12. Alla parte superiore ed inferiore di questa macchia eranvi dei lunghi peli setolosi.

Di un caso di donna barbuta; del dott. Luigi Duhring. (*Archiv. of. Dermat. and syphil.* marzo 1877).

L' Autore illustra un caso di una donna di 23 anni la quale presentava barba e mustacchi molto sviluppati come potrebbe avere un uomo. Questi avevano la lunghezza di mezzo pollice e quella, come i peli alle gote, di 4 a 5 pollici. Essi erano di color nero e ricciuti e presentavano un tutt'assieme di una bella barba fatta. Presentava pure quest' individuo peli in mezzo alle spalle principalmente ai lati delle

vertebre dorsali. Il collo posteriormente ne era affatto libero. Peli meno robusti e più rari esistevano sul dorso ed ai lati del tronco; quelli della parte sotto ascellare erano normali; le mammelle e l'ombelico affatto nudi. Il pube ne era provvisto, invece se ne riscontravano sulle coscie e sulle gambe nella parte posteriore che ne erano affatto coperte ma in queste località i peli somigliavano ad una lanuggine lunga. La pelle delle braccia della coscia e delle gambe nella parte anteriore era ruvida e secca, e i follicoli dei peli chiusi, con ammassi di epidermide disseccata di forma conica. Il colore generale era bruno gialliccio.

È notevole come in questo fatto nulla di simile si fosse notato nei genitori, nè circa alcun'altra influenza ereditaria, o ad impressioni nella madre.

Come pure è a notarsi che in tutto il resto l'individuo serbava le apparenze femminili, nella voce, nello sguardo, nel morale e nel fisico in genere.

La lanuggine alla faccia fu in essa congenita, mentre i peli del resto del corpo le comparvero colla pubertà. Fu mestruata a 14 anni, le mammelle crebbero non molto ma raggiunsero un volume medio. A 16 anni si maritò ed ebbe due figli sani e senza alcuna alterazione sulla pelle.

L'Autore in questo caso suggerì come mezzo terapeutico l'uso giornaliero del rasojo.

Ciocca di capelli bianchi alla fronte, congenita ed ereditaria. Nota del prof. Francesco Rizzoli. (*Bullettino delle Scienze Mediche.* Bologna 1877).

Il prof. Rizzoli pubblica uno specchietto genealogico curioso di individui di una famiglia che furono affetti dalla comparsa di una ciocca di capelli bianchi. Noi non sapremmo come meglio darne conto ai lettori che riproducendo integralmente il detto specchio, tolto dall'Ufficio di Stato Civile di Imola, dove lodevolmente (come osserva l'Autore) si prende nota di qualsiasi congenita od ereditaria anomalia che possa meritare di essere ricordata:

Discendenti di N. N. Bianconcini da Veggio (Prov. di Ravenna) dei quali molti dimoranti ora in Imola (1876) portano ereditaria sulla fronte una *ciocca di capelli bianchi.*

Segni convenzionali.

Il segno * precede il nome degli individui con *ciocca bianca*
Il segno † segna il nome dei defunti.

I. ETÀ. * N. N. Bianconcini †
conj. a?

II. ETÀ. * Giacomo Bianconcini 1720 †
conj. a?

III. ETÀ. * Giovanni Bianconcini 1760 † N. N. †
conj. a?

IV. ETÀ.
- Vincenzo 1804 †
- * Paolo 1800 † conjug a Nollini Maria
- * Antonia 1816 † conjug. a Campagnoli Domenico
- Basilio 1798 † conjug. a Pasini Rosa

V. ETÀ.
- * Annunciata 1830
- * Carolina 1838 conjug. a Dal Re Angelo
- * Margherita 1844
- Adelaide 1832 conjug. a Sgatti Raffaele
- * Gaetano 1835
- * Andrea † conjug. a Cornazzani Marianna
- * Vincenzo conjug. a Cornazzani Marianna vedova di Andrea Campagnoli
- * Francesco conjug. a Castellari Maria
- Giovanni conjug. a Ceroni Angela (famiglia emigrata a S. Pier d'Arena 1872)
- Antonio conj. a? (famiglia emigrata a Genova 1860)
- Luigia 1822 † Teresa 1820 † Giovanni 1824 †

VI. ETÀ.
- * Rosa 1869 (sordomuta) Chiara 1872 Bartola 1875
- * Marianna 1870 (figlia naturale)
- Annunciata 1861 Maria 1863 Arturo 1868
- Domenico 1864 Maria 1866 * Andrea 1867
- * Ida 1869 * Ercole 1870 Antonio 1871 † Arturo 1874 Giuseppe 1875 Luciano 1875
- Alessandro 1856 * Giuseppe † Maria 1858 * Giuseppe † * Virginia 1860
- Domenico 1866 Amelia 1869 ? Ercole ?
- Matilde 1863 † Annibale 1864

Due casi ribelli di eczema rubrum curati e guariti colla tintura di mais-guasto; del dott. A. C. Benazzi. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, fasc. 2°, 1877).

Il dott. Benazzi riferisce due casi di eczema rubrum guariti in seguito alla somministrazione della tintura di zea mais-guasto adoperata per uso interno. In un caso la malattia aveva cominciato da cinque anni, in punti limitati alle narici, ma gradatamente andò estendendosi in modo o che quando l'ammalata si presentò all'Autore tutta la cute della faccia era tumida e rossa, meno l'orecchio destro, la metà della guancia, la regione mascellare inferiore ed il collo dello stesso lato, tutto il resto era invaso dalla dermopatia la quale si arrestava alla radice dei capelli in alto e posteriormente, ed in basso si perdeva con una linea irregolare alla regione sopra clavicolare sinistra. La paziente aveva già praticate moltissime cure dalle più razionali alle empiriche senza risultato. L'Autore cominciò coll'amministrare le acque di Carlsbad per 15 giorni onde migliorare le condizioni gastriche ed intestinali, indi propinò la tintura di mais cominciando da mezza cucchiajata mattina e sera e portandola in 2 settimane a cinque. Dovette sospendere per qualche giorno il rimedio per disturbi gastrici causati dall'abuso fattone dall'ammalata, indi lo riprese e lo portò a tre cucchiajate al giorno fino a guarigione avvenuta in 82 giorni.

Nel secondo caso la malattia durava da 7 anni. L'eruzione occupava la faccia dorsale delle mani e delle dita, dapprima guariva nei mesi di estate, ma poi negli ultimi due anni non era mai scomparsa del tutto; non aveva mai subìto cura di sorta. L'Autore amministrò dapprima le pillole Blanchard, indi il liquore del Fowler, per uso interno; localmente i mercuriali, e la potassa caustica ma con nessun vantaggio. Allora prescrisse mezza cucchiajata mattina e sera di tintura di mais-guasto cui dovette, per farlo tollerare allo stomaco, aggiungere qualche goccia di tintura tebaica, portando il rimedio fino a tre cucchiai al giorno, confortandone pure l'azione con pennellature coll'olio di mais sulle parti ammalate. La cura durò 4 mesi. Al secondo eravi già modificazione nell'eruzione, al terzo non restavano che le macchie rosse. L'ammalata fu licenziata colle parti già ammalate ritornate allo stato fisiologico.

L'eczema. Tesi letta e sostenuta da E. Paola. (Catania 1876).

L'Autore nel concorso per esame a docente di dermatologia e sifilografia nell'Università di Catania trattava sulla tesi estratta dalla commissione l'eczema.

Dopo avere parlato della frequenza somma di questa malattia fra le dermopatie, tratta della definizione che, secondo lui, dovrebbe fondarsi sull'elemento patogenetico, per cui egli fece le varie proposte definirebbe l'eczema « *un catarro cutaneo pruriginoso a decorso acuto o cronico, la cui forma clinica è caratterizzata da un infiltramento quasi sempre seguito da essudato e da piccole papule rosse di una durata effimera, che ordinariamente si trasformano in vescichette ammucchiate*, e *ta-*

lora anche in pustole non contagiose, e la forma secondaria è caratterizzata da croste, squame, e punti rossi ed infiltrati ».

Quanto alla classificazione dell'eczema l'Autore preferirebbe quella fondata sull'anatomia patologica, e distinguerebbe la forma processuale dalla specie, per cui vi sarebbero più forme di eczema semplice e composto, ma sempre una specie sola.

1.° Forme.

a) Forme semplici: eczema vescicoloso — varietà: eczema solare; eczema rosso.

b) Forme composte: eczema papulo-vescicolare (eczema lichenoide); eczema vescicolo pustoloso (eczema impetigginoso).

2.° Specie: eczema parassitario; eczema marginato.

Trattando delle forme cliniche dell'eczema lo divide in eczema acuto ed eczema cronico.

Nella sintomatologia del primo descrive minutamente i caratteri, della forma vescicolare, della rossa, della papulosa, della pustolosa. Nell'eczema cronico descrive quello della cute del capo, dell'crecchio, del volto, della fronte, dell'arco sopracigliare, delle palpebre, della cute del naso, delle labbra, della parte del volto coperta di peli, del mento, collo e nuca, del capezzolo, dell'ombelico, degli organi sessuali maschili, dello scroto, ecc.

Nella specie parla dell'eczema marginato o parassitario principalmente in riguardo ai caratteri microscopici del parassita.

Nel diagnostico fa risaltare come possa l'eczema vescicolare assomigliare all'herpes, alla miliare cristallina ed alla scabbie, ma in queste malattie vi sono caratteri tali da poterlo facilmente distinguere, ciò dicasi dell'eczema papuloso riguardo al lichen, del pustoloso all'impetiggine, della forma squamosa alla psoriasi.

Esposti quindi la durata ed il pronostico viene a parlare dell'eziologia.

Vi è l'eczema *idiopatico* da cause dirette esterne, eccitanti, irritanti locali, ed il *sintomatico*. Il primo oltre alle cause già mentovate può essere prodotto anche dal tricofito tonsurans. Il sintomatico può essere causato da tre momenti eziologici: 1.° Da alcune condizioni generali la cui azione è ignota (temperamento, età, sesso, clima, stagioni, alimentazione). 2.° Da altre particolari dell'organismo sano od ammalato (gravidanza, mestruazioni, clorosi, isterismo, catarri gastrici, ecc.). 3.° Da discrasie umorali (pirocrasi, scrofola, erpetismo, artritismo, sifilide). Fermasi l'Autore ad esaminare questi ultimi vizii discrasici, scrofola, erpetismo e sifilide, e conchiude che non si può ammettere che un' eczema si sviluppi in un individuo scrofoloso perchè favorito da questa diatesi; che non essendo definita la forma clinica del processo erpetico non può ammettersi neppure la forma clinica dell'eczema erpetico, che l'artritismo può solo influenzare la comparsa dell'eczema, e che l'eczema non mai può essere sifilitico nè deve confondersi colla sifilide vescicolare.

Nell'anatomia patologica dell'eczema descrive i varii reperti degli Autori.

Per la cura raccomanda di guardarsi bene dall'empirismo, ma di seguire scrupolosamente il razionalismo, epperò è duopo distinguere le cause, le forme e gli stadii del processo morboso. Così per l'eczema dipendente da lesioni organiche o condizioni morbose generali egli è a queste che bisogna rimediare. Nella cura locale bisogna ben distinguere lo stadio acuto dal cronico. Nel primo la miglior cura è l'aspettante, tutto al più si può tentare di scemare l'irritazione, e solo in seguito adoperare gli unguenti e le pomate generalmente proposte. Nel primo periodo dell'eczema cronico, convengono i calmanti, e la copertura della parte col caoutchouc; nel secondo se vi è ancora irritazione le polveri assorbenti, o gli empiastri di litargirio, zinco, piombo, ecc. Nell'ultimo stadio gli astringenti.

Storia di polimorfa successiva; del prof. Pietro Gamberini. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Un facchino di 69 anni, soggetto a catarri bronchiali ostinati, e dedito molto agli alcoolici, si ammala nel 1872 per ascesso flemmonoso alla gamba sinistra, il quale guarisce in 15 giorni. Più tardi vien preso da pemfigo, guarisce in 68 giorni, indi fa 30 bagni della Porretta ma dopo 2 o 3 mesi l'eruzione si ripete.

Appena guarito di questa ne compare un'altra caratterizzata per impetiggine e che dura un mese e mezzo. Nel settembre 1876 vien preso da febbre a freddo, che dopo 3 o 4 giorni cede senza aver mai provocato sudore (il paziente anche prima di ammalarsi ad onta delle fatiche cui si sottoponeva non aveva mai sudato). Durante questa si ripete l'eruzione antica massime alla gamba sinistra, che ha i caratteri di impetiggine. Dopo poco tempo scomparsa questa si manifestano attorno alla testa, come corona, agli angoli della mandibola, ed alle braccia delle piccole prominenze a punta, rosse alla base e coll'estremità gialla molto avvicinate che rompendosi danno luogo a croste confluenti giallo-verdastre e rugose. Migliorato alquanto si formano sul dorso del piede delle vescicole che danno luogo a vegetazioni papillari, le quali si ingrandiscono e si estendono da presentare una sezione di cavolfiore della grandezza di circa un pezzo da 5 lire, e da' cui solchi interposti escono vermicelli gialli. Guarito il capillizio dietro le orecchie sortono moltissimi dei già notati rialzi cutanei che scomparendo lasciano un'iperplasia di tutti gli elementi della cute, ma principalmente del tessuto connettivo, dimodochè dietro l'orecchio destro, dove questi erano stati più confluenti, resta all'ammalato la pelle disposta a festoni con solchi pronunciatissimi, uno dei quali molto profondo con due superfici granulanti fra i lembi, forma detta del Wilson *dermatolisi ipertrofica*.

Venne curato cogli alcalini, gli amari, la buona dieta, ed i pediluvii nitro-muriatici, i quali apportarono i maggiori beneficii.

Tre casi clinici nuovi di mycosis fungoides di Alibert; del professore V. Tanturri, con tavole. (*Il Morgagni*, gennaio, febbraio e marzo 1877).

La bibliografia che riguarda questa affezione è raccolta con molta cura dall'Autore, e comincia dal 1832 terminando col 1876. — Alibert le diede il nome di mycosis fungoides, facendone una malattia indipendente, Bazin pure le mantiene tale denominazione sebbene altri autori in Francia ed in Germania le avessero dato altra denominazione cercando di classificarla altrimenti. L'Autore prende occasione della descrizione minuta e particolareggiata di tre casi di mycosis per raccoglierne altri 24 di cui dà il resoconto. La prima è di Alibert, la seconda e la terza di Hardy, la quarta e la quinta sono di Bazin, la sesta di Gherardt, la settima di Virchow, l'ottava di Gillet, la nona di Landouzy, la decima di Debove, l'undecima e la dodicesima di Charpy, la tredicesima e quattordicesima di Auspitz, la quindicesima di Demage, la diciasettesima e diciottesima di Hans Hebra, la dicianovesima pubblicata dal giornale Broch, New-York 1872, la ventesima di Engelstedt, la ventunesima di Port, la ventiquattresima di Guibout, e la sedicesima, ventiduesima e ventitreesima vengono pubblicate dal prof. Tanturri. Sono desse così interessanti che è prezzo dell'opera riassumerle il meglio possibile. La prima (sedicesima) si riferisce ad un maestro di canto, di anni 53, che ebbe la madre morta di cancro; tre anni prima soffrì di eczema quasi generale, che fu seguita da un' eruzione di tumori in diverse sedi, e che si svilupparono con grande rapidità, essendosi dappoi ulcerati. Nella descrizione dello *stato attuale* rilevasi come quasi tutta la superficie cutanea di questo ammalato fosse coperta di tumori più o meno grandi, posti su pelle rossa coperta da squamme laminose, sottili, che sono più o meno intense secondo le località; fino a formare delle croste rilevate e separate fra loro da solchi profondi. L'aspetto dei tumori è vario. Di grandezza della noce avellana fino a quella di un pomidoro, sono quasi tutti semisferici, o di configurazione la più strana; sessili alcuni, altri peduncolati, alcuni coperti da cute integra, la maggior parte ulcerati sono questi i più grandi e secernono una sostanza grigiastra umida e fetidissima, e siedono principalmente alle braccia. Croste ed infiltramenti duri si riscontrano alla faccia e nel cuoio capelluto ed alcune secernenti pus; così mano mano seguendo l'Autore nella sua descrizione si rileva che tutta la superficie del corpo coperta da cotesta ora più ora meno grave alterazione cutanea. Il sistema glandulare alle ascelle, l'inguinale e l'occipitale è pure ingrossato, ma liscio ed indolente. L'escisione di due tumori al braccio sinistro uno della grandezza di un fagiuolo e l'altro molto più voluminoso prova che la sensibilità è quasi abolita. Questo ammalato morì dopo 26 giorni di degenza per fenomeni d' infezione.

L'autopsia non venne praticata. I tumori escisi però diedero al microscopio i seguenti risultati « Mancante lo strato epidermoidale esterno, strato lucido alquanto ispessito con cellule appiattite ed allungate; rete

malpighiana normale, la parte di essa che penetra nello stroma più profonda o più larga; in altri luoghi più sottile, più breve o scomparsa affatto. Subito al disotto dello strato basale delle cellule a palizzata si vede una infiltrazione compatta di altre, le quali penetrano in una rete finissima che si estende dalla estremità superiore alle papille per tutta la spessezza del corion. Glandole cutanee, follicoli piliferi completamente mancanti, vasi sullo strato papillare apparenti in qualche punto più profondamente sullo strato reticolare; residui di canali glandolari sudoripari del gomitolo separati ed involti dalla infiltrazione che si estende ai grandi fasci collageni, i quali sono pure involti e separati dalla compatta massa di elementi neoformati, in parte scomparsi per la infiltrazione che ne ha preso il posto. Nello stroma grande quantità di cellule rotonde, nucleate, granulose, tanto strette tra loro che è difficile discernerne i contorni, dove la infiltrazione è riescita però trasparente si veggono cellule rotonde, nucleate, e nuclei anche rotondi nucleolati, alcune cellule danno nascenza a prolungamenti numerosi da acquistare l'aspetto stellato completo od incompleto; i quali prolungamenti arrivano in contatto gli uni cogli altri e penetrano nello stroma unitivo ispessito; anche le cellule piatte in direzione paralella delle fibre presentansi egualmente tumide ed ingrandite, ed alcune in via di proliferazione. In questa parte papillare della pelle, non si osservano vasi nè glandole sebacee, nè canail di sbocco delle glandole sudoripare. In una delle preparazioni le cellule del corion hanno una forma generalmente rotonda, più eguali, tutte fornite di nucleo, granulose finamente; esse si trovano rinchiuse nelle maglie di fibre sottilissime dello stroma, il quale ha manifesto il carattere del tessuto linfoadenoide non solo per la esistenza del reticolo, ma per il carattere linfatico delle cellule che vi sono contenute. In verun punto si osservano prolungamenti nelle cellule, e cellule stellate, nè veruna cellula piatta del tessuto unitivo. La infiltrazione adenoide compatta si estende nella spessezza del corion, ove il reticolo non è apparente per essersi conservati tutti gli elementi, il loro carattere linfatico è manifesto e si riconosce in qual modo i canali gomitolari sono separati ed allontanati tra di loro dalla enorme massa di nuovi elementi cellulari.

« La parte profonda del corion presenta i fasci collageni voluminosi, alquanto tumidi, succulenti, circondati e separati dalla infiltrazione di cellule, vi sono punti ove essi mancano per la eccessiva formazione di cellule.

« In questa sede le cellule rotonde sono scarse, predominano quelle che sono ramificate, le stellate e le allungate, avendo una distribuzione a focolai, prevalgono nella pertinenza di vasi, ed è significante la iperplasia di tessuto fibroso in fasci singolari interposti agli accumuli di cellule anche tra fasci più voluminosi, ciò che è indizio sicuro dell'inoltrato processo morboso in questa regione.

La seconda osservazione si riferisce ad un perito campestre, uomo di anni 54. Da tre anni data il morbo cutaneo. Cominciò con macchie rosso carico che crebbero e si accompagnarono da molto prurito e da trasudamento che poi coprivasi di croste. Queste mano mano si svilupparono talmente sotto l'aspetto di eczema rubrum che dopo un' anno il paziente dovè guardare il letto.

Dopo tre anni di persistenza più o meno grave in tale stato, si formarono placche circoscritte infiltrate, ed allorchè l'ammalato entrò nella clinica ne era presa tutta la cute meno il cuoio capelluto, quasi tutta la faccia, le mani, le gambe ed i piedi. Nel complesso presentava l'aspetto dell' *eczema rubrum* e papuloso, però vi erano molti nodi di varia dimenzione, da quella di una moneta di uno a cinque centesimi, ed anche di uno scudo; e di efflorescenze qua e là più o meno rilevate ma delle quali sulla regione toracica della grandezza del palmo della mano.

Le glandole inguino-crurali erano ipertrofiche dure, indolenti mobili e libere dalla cute, nella regione sottomascellare se ne sentiva una della grossezza di un uovo, ed un' altra di una amandorla.

Nel tempo di degenza del malato in clinica, che fu di 4 mesi e mezzo venne sottoposto a cura arsenicale, provò fasi varie di aumento e di regresso, sempre però accompagnate da prurito. Si può dire che la cura non ebbe influenza alcuna nè gli produsse accidenti di sorta.

Nella terza osservazione trattasi di un uomo di 66 anni, che aveva goduto sempre buona salute. Si ammalava nel 1875 per prurigine alle gambe, che gli produsse escoriazioni, efflorescenze, macchie e placche che andavano estendendosi. Allora fece la cura dei bagni di Telese, ma durante questi gli si svilupparono tumori numerosi di diversa grandezza in varie sedi, che poi moltiplicaronsi maggiormente, mostrandosi molto vascolari e facili ad ulcerarsi; alcuni raggiunsero la forma e la grandezza di una mela. Varii di essi erano piatti, altri globati, o di forme irregolari; uno sul lato del collo sorgeva come uno sperone ed era della lunghezza di 7 centimetri circa, e come succedeva di altri era esulcerato. Sulle parti laterali del collo, sul tronco, sulle braccia esistevano di simili tumori per lo più di consistenza molle e vascolare, e dei quali la maggior parte erano insensibili al tatto. La cute del tronco presentavasi iperemica, infiltrata e con leggiera disquamazione. In un' anno circa l' ammalato peggiorava moltissimo, perocchè oltre all' essergli cresciuti in numero le neoformazioni le quali oltrepassarono in complesso quello di 200, colse l' infermo anoressia completa, prostrazione generale, febbri notturne, e frequenti lipotimie.

Patogenia ed istologia patologica. — Le osservazioni di cui sopra presentano caratteri comuni, meno alcuni che non si potrebbero chiamare, come dice l'Autore, casi di mycosis fungoides lettigimi, e difatti dal riassunto dei fenomeni patologici si può dire che tali sono quelli di Auspitz, Landouzy e di Demage, non che uno di Bazin in cui all'esame del pezzo si riscontrarono i caratteri del linfadenoma.

Il *decorso* è ordinariamente cronico, sebbene le forme primitive abbiano avuta una evoluzione rapidissima.

Prognosi letale.

Diagnosi. — Nel principio si hanno i caratteri dell'eczema, dappoi chiariscono il diagnostico l'infiltramento, le circoscritte tumefazioni semiglobose, secernenti disquamantesi e prurigginose; e che in ultimo si rammoliscono, si riassorbono, o si ulcerano. Lo stato delle glandole non ha alcun valore, ne lo hanno le ricerche fatte dall'Autore sul sangue.

La mycosis fungoides si distingue dal *sarcoma globo-cellulare linfadenoide* per il decorso e dai sintomi collaterali, e dalla forma di *leprodermia* per le manifestazioni collaterali nelle mucose.

L'*eziologia* è oscura; la sola sifilide trovossi frequentemente pregressa.

Terapia. — Nessun rimedio, nè metodo sicuro.

Ecco in breve le conclusioni del prof. Tanturri:

La mycosis fungoides merita di essere riconosciuta come malattia indipendente pel suo processo anatomo-patologico. Dalle indagini di Köbner risulta che in un tumore da esso esaminato trovò il taglio trasversale rosso, spesso ricco di vasi, con la epidermide, la terza parte del tumore era fatta dal corpo papillare; nell'interno una massa fibrosa, compatta, molto edematosa e tra le due una parte grigia di passaggio molto resistente quasi lassa e più omogenea. Al microscopio si trovò l'epidermide inalterata, le papille molto dilatate, i loro corpuscoli del tessuto unitivo moltiplicati ed ingranditi. Il corpo papillare riempito di innumerevoli cellule piccole, rotonde ovulari e fusate di cui ciascuna già fusa dalla divisione conteneva sino a 4 nuclei rifrangenti la luce. L'acido acetico scioglieva la loro membrana.

La sostanza intercellulare era trasparente omogenea, esisteva grasso nel tessuto unitivo, e gran numero di nuclei liberi, scomparse le fibre elastiche e molti vasi. Insomma l'alterazione era un processo di granulazione con alterazione del tessuto cutaneo.

Virchow accoglie questo risultato. Ora però è chiaro che le cellule provenienti dai vasi vi entrano come momento principale, preceduta la loro formazione *in loco* da uno stato infiammatorio essudativo.

Ulteriormente si conobbe che oltre a questa proliferazione vi ha pure una produzione linfadenoide eteroplastica per il tessuto della pelle dove manca la istomatrice diretta di tessuto linfatico.

Il tessuto di granulazione e la struttura di tessuto linfatico esiste sempre e Demage forse ebbe a fare una ricerca insufficiente dove non la trovò. L'Autore non può accogliere come giusta la divisione di Charpy di *mycosis papillare* ed *iperplastica* o *lichen ipertroficus* perchè questo si è una vera forma di processo infiammatorio senza metamorfosi eteroclita. Ciò dicasi anche della *placca lichenoide* di alcuni francesi.

Kerion dei Greci. Studi anatomo-patologici del dott. Domenico Majocchi. (Comunicazione preventiva, Roma 1877).

Il nome di Kerion dei Greci è più adatto alla malattia che descrive l'Autore che, quello di Kerion Celsi perchè la stessa era già stata descritta dagli antichi Greci.

I latini lo dissero *Favus Mellis*, per il suo aspetto.

Vero è però che Celso lo descrisse esattamente e pel primo; dopo di lui lo conobbe e descrisse Galeno, indi ne parlarono i medici Arabi e Bizantini.

Il Kerion è caratterizzato da intumescenze dermiche a chiazze sul cuoio capelluto rotondo, appianate, alquanto dure, di grandezza varia. Il derma è di color rosso pallido e pertugiato da una miriade di forellini che hanno sede nei follicoli piliferi, e che segregano un liquido purulento somigliante al miele, con distacco dei capelli con e senza membrane. Vi ha inoltre dolore spontaneo e sotto la pressione associato qualche volta a febbre con consecutiva alopecia ed acromia del derma.

Tilbury Fox e poi il Wilson vi scoprirono il *tricophyton tonsurans*. Il Dubini ed il prof. Gamberini lo credettero una malattia nuova ciò che venne contraddetto dal Tanturri, il quale pure lo identificò col Kerion Celsi e vi confermò la presenza del parassita, sebbene in seguito vari ragguardevoli scrittori come Neumann, Michelacci, Bärensprung, Bazin, Cazenave ed Hebra non ne abbiano fatto cenno, anzi l'ultimo lo dica un semplice eczema impetigginoso; pure l'Autore nello stato attuale della scienza stabilisce con certezza che il Kerion è il prodotto costante dell'azione del Tricofiton che anzi rappresenta una fase della tigna tonsurante.

La parte ancora maggiormente incerta dal lato scientifico si era la patogenesi di questa malattia, per cui l'Autore studiando 21 casi osservati nell'ospedale di S. Gallicano si sforzò di chiarire: 1.° la sede del morbo; 2.° le lesioni da esso prodotte; 3.° il modo come il parassita penetra nei tessuti.

A ciò fare esaminò non il capello, ma il derma, e dai preparati ottenuti ed esaminati al microscopio è evidente che nel Kerion non vi hanno fori di nuova formazione, ma che lo stesso è costituito da tanti piccoli ascessi crateriformi formatisi nella guaina del pelo nel follicolo di esso, e nel connettivo perifollicolare. Per cui i forellini del Kerion sono quelli ove si trovano normalmente i peli e la sede del fungo è la guaina del pelo ed il suo follicolo infiammati e che dalla sede diversa che va ad occupare può dare la forma squammosa cutanea se il fungo si limita allo strato corneo, l'erpete tonsurante se invade i peli, e allorchè intacca la guaina del pelo od il follicolo pilifero dove trova gli epitelii del corpo di Malpighi atti a proliferare e riprodursi può produrre dapprima ipersecrezione di sevo quasi oleoso e distacco di epitelii, indi formazione di cellule purulente e quindi uscita dai fori di un

liquido denso giallo-verdastro e fluido, secondo la più o meno forte irritazione.

La forma del fungo ha poi molta influenza sulle diverse manifestazioni dermiche, così nel Kerion vi ha prevalenza dei miceli del Tricofiton sui semplici conidi. Dall'esame del modo di comportarsi nella sua evoluzione del parassita l'Autore ne trae che: 1.° Il tricofiton allo stato di semplice coni dio non può produrre il Kerion, ma bensì i miceli per la infiammazione che sviluppano. 2.° Che i forellini del Kerion sono sempre i follicoli normali dei peli, e che non vi sono fori di nuova formazione, perchè il fungo si introduce sempre per il pelo e pel suo follicolo. 3.° Che il Kerion è preceduto, come forma tardiva, sempre da un' altra forma di micosi, e l'Autore lo trovò sempre quale conseguenza dell'erpete tonsurante, trovò anzi in alcuni fanciulli chiazze di Kerion in vicinanza a quelle dell'erpete tonsurante, o dove eravi la semplice micosi squammosa, per cui deduce che il Kerion è sempre uno stadio tardivo della micosi tonsurante. 4.° Che la micosi tonsurante può restar tale senza produrre il Kerion. 5.° Che il Kerion non si può trasmettere da un individuo all'altro se non subisce prima una fase della micosi, e ciò contro l'opinione del Tanturri.

Dopo alcuni appunti sulle alterazioni e modificazioni che subisce il fungo l'Autore addiviene alle seguenti conclusioni che trascriviamo:

1.° Il Kerion è una follicolite acuta associata ad infiammazione delle glandule sebacee e distacco della guaina del pelo, prodotta dall' azione del tricofito;

2.° Nel Kerion non prevale la forma conidica ma bensì la forma miceliale del fungo;

3.° Il fungo penetra nei follicoli per mezzo dei miceli ed infiltra la guaina del pelo;

4.° Il tricofito nel Kerion subisce varie trasformazioni ma tutte analoghe al pennicillum;

5.° Nel Kerion non vi sono forami di nuova formazione, ma essi rappresentano i follicoli malati;

6.° Il Kerion è preceduto sempre dalle micosi sia maculosa, o squammosa, o tonsurante;

7.° Il Kerion non si può trasmettere come Kerion, ma deve prima subire altra fase;

8.° Avvi una forma di Kerion prodotta dall'Achorion Schoenlein.

Il sistema nervoso in rapporto colle malattie della pelle. Lezione clinica del prof. Pietro Gamberini. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1877).

Gli studii e le ricerche anatomo-fisiologiche del sistema dei nervi vaso-motori e trofici chiarirono di molto il nesso fra questo sistema e varie dermopatie. Lo studio del gran simpatico origine dei nervi vasomotori; le osservazioni di Bernard, Brown-Sequard, Stilling, Henle, Thiry, Schiff ed altri fra cui principalmente quelle di Eulemburg,

Guttmann e De Giovanni darebbero chiare prove in proposito, e probabilmente anche farebbero dubitare ragionevolmente sull'esistenza dei nervi trofici, i quali del resto non furono ancora dimostrati dagli anatomici.

La grande sensibilità della pelle è dimostrata dai numerosi e svariati di nervi di cui è provvista e dalle loro comunicazioni, e fra gli elementi glandolari, ecc.

Le sensazioni generali e speciali della pelle sono tre: *contatto* o *pressione*, *temperatura* e *dolore*.

Le sensazioni fisiologiche e patologiche della pelle sono *generali e speciali*. Le prime danno quella di piacere, di dolore o la meno definita di prurito, ecc. Nelle seconde avvi il prurito, la sensazione di calore, la dermalgia, l'anestesia, la pigmentazione cutanea, il zooster, la cute anserina, l'urticaria, la pruriggine, il lichen, l'alopecia areata, la dermatolisi, l'atrofia della pelle, l'eritema multiforme dell'Hebra e le escoriazioni nervose del Wilson.

Il prurito viene a ragione da Tilbury Fox ascritto alle nevrosi della pelle, dipendente da elemento reumatico, da presenza di bile o materiali urinosi nel sangue, da disturbi gastro-enterici, da cattiva nutrizione, patemi d'animo, ecc. Il fenomeno prurito va combattuto energicamente perocchè l'Autore vidde che ciò facendo guarivano più presto le dermatosi (pruriggine, lichene, eczema) di cui è sintoma principale e molestissimo.

La sensazione di calore, che può variare moltissimo sarebbe dipendente dal sistema nervoso vaso-motorio, il quale altera la funzione circolatoria arteriosa od il peristaltismo delle arterie, coll'allentare o protrarre cioè la contrazione o la dilatazione vasale in diverso tempo e maniera. Esaminando le vedute di varii Autori intorno a questo punto il prof. Gamberini vi crede troppo chiara l'influenza dei nervi perchè si debba dubitarne, dacchè tutti gli atti vitali ed organici vi sottostanno, e dacchè si vedono talune impressioni vivaci in donna gravida avere riscontro sulla cute del feto. Ciò dimostrano pure Eulemburg e Guttmann nei casi di efidrosi unilaterale, e lo provano Nitgelnadel e Mayer curando felicemente tali alterazioni col galvanizzare il gran simpatico. Ciò dicasi anche del morbo dell'Addison che fanno dipendere da malattia dei plessi addominali del gran simpatico.

La dermalgia che si estende tanto dal lieve esaltamento della normale sensibilità della pelle fino al più atroce tormento la vide l'Autore apparire in punti precedentemente paralizzati.

L'analgesia non ancora disvelata nella sua entità anatomo-patologica, può dipendere o da infezione sifilitica, o da isterismo, o da affezione cerebrale, od anche da intossicamento di piombo.

L'anestesia cutanea che campeggia nella lebbra venne chiarita nella sua ragione anatomo-patologica da Virchow, il quale crede che i nervi nella *lebbra* o *morfea* presentino la stessa affezione che trovasi in quelli

dei tubercoli della pelle e delle mucose, e ciò dicasi anche della lebbra anestetica dove per l'estensione della proliferazione del granuloma lungo i nervi il Virchow vi vede una infiammazione cronica, perinevrite lebbrosa cronica. E tutto ciò per l'effetto della compressione prodotta dal neoplasma, ottundente la sensibilità nervosa.

La pigmentazione cutanea pel fatto raccontato dal Rostan, e per gli ultimi studii sul morbo dell'Addison, e per quelli sui nèi fatti da Simon, Baerensprung, Blasius, Arndt, ecc. si ritiene in diretta dipendenza da alterazioni di speciali diramazioni nervose, sebbene però fino ad ora manchi a convalidare questa opinione la prova anatomo-patologica, non valendo abbastanza in proposito i caratteri datici da Baerensprung.

Nell'erpete zoster l'Autore vede la stretta sua attinenza col sistema nervoso, ma inclina a credere piuttosto l'alterazione di questa conseguenza della dermite, e perchè il dolore insorge dopo l' eruzione della zona, e continua dopo di questa, alterando talvolta diramazione che non rispondono alla sede dell'eruzione, per cui per l'Autore avvi ancora su tale argomento un' enigma dal lato anatomo-patologico.

La cute anserina e l'urticaria, per il loro modo di manifestarsi e per le loro cause sono chiaramente di origine nervosa.

La prurigine ed il lichene sembrano, secondo Hebra e Neumann, dipendere dalla iperestesia cutanea, ed anche l'Autore crede che la vera prurigine ed il lichene siano l'effetto del grattamento per cui si irrita e si sviluppano le papille cutanee, e ciò lo può provare anche il fatto del beneficio che apportano in questi morbi i calmanti locali.

L'alopecia areata, da non confondersi colla porrigine decalvante parassitaria, sembra sia veramente sostenuta e dipendente da mancato influsso nervoso periferico, e perchè guarisce cogli stimolanti in genere, e perchè riscontrasi in individui mal nutriti, clorotici, ecc.

La dermatolisi in ambedue le sue forme dipende pure da più o meno diminuita sensibilità cutanea.

Nell'atrofia della pelle l'Autore crede con Romberg e Guttmann ad un disturbo del sistema nervoso, e le alterazioni fibro-trofiche dal Lande sostenute per la sua genesi, le crede subordinate a quello, per lo meno finchè sarà dimostrato l'atrofia degli elementi anatomici indipendente affatto dal sistema nervoso.

L'eritema multiforme dell'Hebra lo crede in stretta attinenza col sistema nerveo vaso-motore, nello stesso modo che produce l' eritema essudativo e probabilmente anche l'urticaria.

Le escoriazioni nervose del Wilson, costituite da papule con tendenza alle escoriazioni ed alla emorragia prodotta da infiltrazione e congestione, è malattia ostinata e manifestantesi con considerevole mancanza nutritiva della pelle ed aumentata pigmentazione. È associata a debolezza del sistema nervoso, ed isterismo.

Da tutto ciò emerge l' importanza del sistema nervoso in rapporto

colle varie dermopatie, ora come elemento genetico ed ora semplicemente secondario, o sintomatico.

Sulle nevrosi di sensibilità della pelle; del dott. Kaposi. (*Vierteljahr. für Dermatolog. et Syphilis*, e *Revue des Sciences Medic.*, n. 21, 1877).

Una delle nevrosi più frequenti ed interessante il sistema cutaneo è quella costituita dal prurito. Tante volte questa sensazione del prudore è causata da alterazioni cutanee visibili, quali urticaria, eczema, prurigine, malattie parassitarie, ecc., ma altre volte si manifesta repentinamente senza che vi si possa assegnare una causa manifesta, vale a dire lo si deve ritenere una nevrosi cutanea, che può durare anche degli anni intieri, e che non produce sulla pelle nessun' altra manifestazione che quella dovuta al continuo grattarsi che il paziente fa colle unghie.

Questo genere di prurito, che è quello appunto studiato dal Kaposi si distingue in generale e locale.

Nel generale la malattia si sviluppa senza una causa apprezzabile. Il solo sintoma è il prudore che viene ad accessi, sopratutto alla notte, od anche mettendosi a letto o durante il sonno. Lungo il giorno le cause psichiche possono suscitare un' accesso. Cause occasionali sono prima di tutte il marasmo senile, le affezioni croniche dello stomaco, i disturbi fisiologici e patologici degli organi genitali nella donna, e qualche malattia cachettica generale. Il pronostico ne è grave.

Nel prurito locale Kaposi distingue diverse sedi: 1.° Prurito delle parti genitali della donna. 2.° Prurito delle parti genitali dell'uomo, ed in questo osserva che raramente è primitivo ma per lo più dipendente da eczema. 3.° Prurito anale, quasi sempre nei giovani prodotto dai lombrici o dagli oxiuri, nei vecchi da emorroidi od anche primitivo. 4.° Prurito della pianta dei piedi e del palmo delle mani in cui vi è tante volte complicata la iperidrosi. Questo in generale è moderato e guarisce presto. Ammette l'Autore anche un prurito invernale che si manifesta in questa stagione nello svestirsi, alle estremità inferiori.

Quanto alla cura in generale bisogna dirigerla contro alla causa se è possibile; localmente si potrà anestizzare la pelle colle doccie fredde, colle applicazioni di alcool, etere, acido salicilico, fenico, ecc. Si potranno fare anche dei bagni caldi. Preconizza l'Autore anche l' uso dell' acido fenico internamente.

Della simmetria nelle affezioni della pelle; del dottor Leo Testut. (*Gazette Médicale*, N. 45, 1877).

L' Autore dimostra come la simmetria sia una legge generale in quasi tutte le affezioni cutanee, e che in ogni localizzazione speciale vi sono pure compagni dei disturbi nervosi particolari. Per raggiungere il suo scopo, il dott. Testut ricorre a tre ordini di fatti:

1° All'esame dei fatti clinici;

2° All'esame della patologia generale delle dermopatie;

3° Allo studio delle condizioni patogeniche di bilateralità e simmetria nelle affezioni della pelle.

I. Quanto all'esame dei fatti clinici già Bazin, Baerensprung, Charcot, Mitchell ed altri autori hanno già provato la grande frequenza delle eruzioni cutanee simmetriche, quali l'eczema, la psoriasi, il lichene, la pitiriasi, l'ischemia, l'asfissia locale delle estremità, i disturbi di circolazione, e l'orticaria, certe alterazioni delle unghie e della secrezione del sudore. L'Autore dal canto proprio riferisce una storia di zoster bilaterale, ed una di alterazione del sudore alle mani ed ai piedi con ispessimento dello stato epidermico in queste parti, secrezione quivi limitata del sudore, ed alterazione nelle unghie delle dita medio, anulare e mignolo di ciascuna mano. Oltre a ciò nota l'Autore come la sclerodermia, il male perforante al piede, la lebbra anestetica, possono anch'esse presentare la simmetria nella loro manifestazione interessando nello stesso tempo la sensibilità e la nutrizione dei tegumenti.

II. Quanto alla patologia generale delle malattie della pelle, l'Autore è d'avviso che le affezioni cutanee non sono che alterazioni della nutrizione locale dei tegumenti, dipendenti da lesione o d'un nervo periferico o di parte del centro nervoso.

E questo lo prova coi dati clinici, coi dati anatomo-patologici, e cogli esperimentali.

I dati clinici li toglie dai lavori di W. Mitchell e di Charcot che dimostrarono come le lesioni traumatiche dei nervi sieno susseguite da eritemi, eruzioni vescicolari e bollose. Tendet dimostrò che negli asfissiati dal carbonio si hanno pure le stesse manifestazioni cutanee consecutive a nevrite dipendente dalla narcosi carbonica. Così pure è fatto palese come le nevralgie, siano spesso susseguite dallo zoster. Ciò dicasi di altri fatti di simil genere riguardanti oltre l'epidermide le unghie ed i peli.

I dati anatomo-patologici glieli somministrano le sezioni di ammalati in cui eranvi zoster o eruzioni bollose e nei quali si rinvennero alterazioni nervose periferiche o centrali. Così Danillsen ed Esmarch trovarono la nevrite, Baerensprung trovò alterazioni dei ganglii spinali, e Wyss e Werdner irritando le radici posteriori spinali fra il ganglio ed il punto di emergenza della radice sensitiva provocarono un'eruzione di zoster.

Per avere dati esperimentali ripetè le esperienze di Brown-Sequard ma non ottenne risultati soddisfacenti. Benedikt però elettrizzando certi nervi, ha ottenuto un'eruzione papulosa.

Conclude quindi su questo punto che le eruzioni cutanee sono dovute a disturbi trofici nervosi ed esaminando il modo di azione dei nervi nella loro produzione, e valutate le varie teorie in proposito, egli si dichiara partigiano della teoria vaso-motrice.

Per lui quindi i disturbi della pelle, come tutti i fenomeni della nutrizione, siano essi normali o patologici, dipendono dai nervi vascolari, i quali abbiano fatta sentire la loro influenza vaso-motrice diretta o riflessa.

III. Quanto allo studio delle condizioni patogeniche di bilateralità e simmetria nelle affezioni della pelle l'Autore ne spiega il meccanismo nel seguente modo. I centri vaso-motori omologhi di una regione del midollo sono situati allo stesso livello, ed associati fisiologicamente. I nervi vascolari che ne partono, tengono sotto la loro dipendenza una circoscrizione circolatoria perfettamente simile in rapporto all'asse mediano. Patologicamente succede che il più soventi i due nodi vaso-motori omologhi vengano impressionati in uno stesso tempo sia direttamente sia in modo riflesso. Da quì nasce una modificazione vaso-motrice localizzata simmetricamente a somiglianti regioni, per esempio un'eczema od una psoriasi limitata ai cubiti, alle mani, ecc. Supponiamo al contrario che uno dei due centri nervosi resti impressionato da solo indipendentemente dal suo congenere, e l'affezione cutanea resterà isolata ad un membro o ad una porzione di esso. In modo inverso una irritazione unilaterale potrà attaccare in uno stesso tempo ed il centro vaso-motore della parte corrispondente ed il suo omologo della parte opposta, per l'intermediario delle commissure intra-midollari; per esempio un eczema che localizzato dapprima a l'avambraccio sinistro, va in seguito a generalizzarsi non su tutto il corpo, ma specialmente all'avambraccio destro.

Questa d'altronde è legge generale di tutti gli organi pari o delle due metà di un'organo situato alla linea mediana.

Per quanto concerne i fenomeni vaso-motori nelle malattie della pelle, Testut si riferisce alle esperienze di Tolozan sulle modificazioni che producono alle dita di una mano quando l'altra è immersa nell'acqua a temperatura variabile. E queste esperienze furono dall'Autore ripetute col medesimo risultato cioè che la temperatura si abbassa in una come nell'altra mano.

Per cui bisogna ammettere che si producono delle alterazioni vaso-motrici localizzate in una maniera analoga, e che danno luogo agli eritemi ed alle altre manifestazioni cutanee simmetriche.

Dell'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo delle affezioni cutanee; del dott. Fernando Mayer. (Paris, A. Delahaye).

Bisogna ammettere che il più soventi le malattie cutanee si sviluppano sotto l'influenza dell'erpetismo, ma parecchie volte fa bisogno di una causa occasionale e che frequentissimamente è costituita dalle emozioni morali. Questo fatto ammesso da quasi tutti gli Autori francesi fu negato da molti tedeschi ed inglesi, per cui scopo dell'Autore è di ricercare se le emozioni morali hanno realmente un'influenza sullo sviluppo delle malattie cutanee, e come questa agisca sull'eruzione.

Già Plenck, Lorry, Alibert, ed in seguito Brown-Sequard, Bateman, Biett, Rayer, Gibert, Baumes, Cazenave, Canuet, Devergie, Hardy, Duchesne-Dupare, Rochard, Wilson, Bazin, Grisolle, Gailleton, Diday e Doyon, Guibout, hanno riferite molte storie, dall'Autore riportate od accennate, in cui è provata l'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo

delle dermopatie, e fra queste sembra che le affezioni secche sieno quelle che maggiormente risentano del momento eziologico morale. Anzi Biett, Cazenave e Schedel farebbero dipendere l'ictiosi sviluppata in bambini da emozioni provate dalla madre. Altri autori come Arthaud e Fevre farebbero risaltare l'influenza della pazzia sullo sviluppo della malattia in discorso.

L' Autore a conferma di queste opinioni ha raccolto 36 casi di malattie cutanee dipendenti dalla causa in discorso, e fra esse la psoriasi sarebbe la più frequente, indi, seguirebbero la pitiriasi, l' eczema, la porpora, l'eritema, la zona. Nella prima storia parla di una psoriasi generale sopravvenuta in seguito ad una caduta in un serbatoio d' acqua, nella seconda la stessa malattia si sviluppava dietro l'avventamento di due cani; la terza si riferisce ad una psoriasi sopravvenuta in un fanciullo di 10 anni che a momenti vedeva annegarsi un vitello a lui affidato in custodia. Nella quarta la psoriasi susseguiva ad una viva disputa avuta dal paziente; nella quinta al dolore per la morte del padre; nella sesta allo spavento per un bue infuriato, e così di seguito ne riferisce 25 tutti di psoriasi che l'Autore riferisce, e che noi crediamo inutile di riferire. Fan seguito a questi un caso di prurigo lichenoide generalizzato dietro una caduta del paziente da un battello con pericolo di annegamento; un'altro di prurigine violenta con papule ulcerate e dopo profondi dispiaceri; un secondo di strophulus sviluppato in due giovani nell'epoca mestruale dietro un brutto scherzo; un terzo di erpete secco pruriginoso in una donna che andò a pericolo di abbruciarsi; e così uno di pitiriasi dopo violenta discussione; un altro pure di pitiriasi successivamente alla caduta da un'albero, uno di eczema del capillizio in soggetto erpetico appresso la morte del padre; un secondo caso di eczema in seguito alla ripulsa data ad un povero sifilitico che cercava asilo nell'Ospedale, uno di eczema in seguito a viva disputa; ed infine un'eritema a placche del viso sopravvenuto in un bambino che viaggiava in ferrovia e dopo venti minuti dall'avere subito lo spavento di veder il traino fuorviarsi.

A spiegare simili fatti l' Autore si schiera dalla parte dei sostenitori della teoria vaso-motrice, ma vi aggiunge da parte sua l'intervento di una disposizione speciale che agendo sopra un individuo con diatesi erpetica, la mette in giuoco, e di lì le alterazioni cutanee. E questo può benissimo darsi dal momento che si vede in un individuo predisposto anche alcuni cibi produrre degli eritemi anche gravi, Insomma l'Autore ammette che in un individuo erpetico nel quale la psoriasi, l'urticaria, ecc., non abbisognano per isvolgersi che di una causa determinante, questa possa essere data dalle emozioni morali, e che i disturbi trofici prodotti dallo spasmo o rilasciamento vascolare sieno più che sufficienti a produrle.

Ecco le conclusioni di questo lavoro;

1° Le emozioni morali sono una causa occasionale frequente delle malattie cutanee;

2° Incapaci di produrre queste affezioni della pelle in un individuo sano, le emozioni morali le determinano al contrario con facilità nei soggetti affetti da diatesi erpetica;

3° Le affezioni secche ed umide sono sotto l' influenza di questo ordine di cause, ma le prime le subiscono più che le seconde; fra quelle la psoriasi tiene incontestabilmente il primo posto;

4° Egli è ai disturbi vaso-motori visibili, incontestabile, che succedono a ogni emozione morale viva, che si deve attribuire la patogenia di queste malattie;

5° Il pronostico ed il trattamento sono gli stessi che per le affezioni cutanee sopravvenute in seguito di cause differenti.

Dell'azione e delle indicazioni dei bagni nelle malattie della pelle; del dott. Carry. (Paris, 1877).

L' Autore studia: 1° L'azione dei bagni sulla pelle sana; 2° l'azione dei bagni sulla pelle ammalata.

Azione fisiologica dei bagni sulla pelle sana.

Il bagno in rapporto alla cura delle dermopatie, e sotto questa denominazione l' Autore comprende anche le doccie; si possono raggruppare nel seguente specchio:

Bagno d'acqua semplice: Bagno freddo.
— — » tiepido.
— — » caldo.
Bagno medicamentoso artificiale: Bagno emolliente.
— — » alcalino.
— — » solforoso.
— — » di sublimato.
— — » all'idroforo.
Bagno a vapore,
Doccie.

Prima di entrare in materia, l'Autore studia la questione dell'assorbimento cutaneo. Importa di vedere se la pelle assorbendo l'acqua e le sostanze discioltevi possa averne dal suo impiego un mezzo di cura generale, o se lo si deve considerare come un mezzo semplicemente topico. Varie sono le opinioni su questo punto, alcuni negano alla pelle ogni facoltà assorbente dell'acqua e delle sostanze che vi stan sciolte, altri ammettono l'assorbimento dell'acqua ma non quella delle sostanze disciolte altri, ancora ammettono un doppio assorbimento in proporzione notevole, ed altri ancora l' accettano ma in proporzioni infinitesimali. L'Autore studiate queste questioni ritiene che fino a nuove scoperte si debba ritenere per giusta la legge di Rabuteau « che l'assorbimento cutaneo delle sostanze gasose o volatile sia notevole, e quelle delle sostanze

solide e fisse disciolte nell'acqua o incorporate ai grassi sia lievissimo o nullo: diffatti riandate minuziosamente tutte le quistioni secondarie in proposito, si dichiara convinto che il bagno applicato alla pelle normale non è che un topico; che gli effetti generali non sono mai dovuti all'assorbimento dei medicamenti disciolti a meno che non siano volatili.

La pelle che gode di una vera respirazione cutanea per l'eliminazione continua di sostanze improprie alla nutrizione dei tessuti e per lo assorbimento dell'ossigeno e l'esalazione del carbonio, di un vero sviluppo e di una vera facoltà regolatrice della calorificazione, e di una squisita sensibilità a contatto dell'acqua dovrà subire: 1° Delle modificazioni di secrezione e di respirazione; 2° di modificazioni di circolazione e quindi di temperatura generale; 3° di modificazioni del sistema nervoso, producenti reazioni riflesse su sè stesso e su altri organi; 4° modificazioni nella nutrizione dei propri elementi.

1° *Bagno d'acqua semplice.* — Il bagno freddo non potendo essere continuato a lungo non apporta cangiamenti durevoli nella funzione degli elementi della pelle come usando il bagno generale tiepido. Del resto da 8° a 15° è un'energico eccitante cutaneo e nervoso, ma la reazione è dannosa in genere nelle malattie cutanee; da 15° a 25° è sedativo ma è preferibile però il bagno tiepido.

Bagno caldo. Eccita fortemente la cute, ma è molto debilitante. Si fa dai 38° ai 45°.

Bagno tiepido tra 25° al 37°. Il più tollerato però è tra 32° a 33°, detto anche *bagno indifferente,* dura da mezz'ora ad una. I suoi effetti sono generali o locali. Effetti generali: modera la circolazione, tempera l'ardore dei sensi e l'attività cerebrale, è utilissimo ai soggetti irritabili; è riguardato adunque come un calmante, un' aperitivo, diuretico e diaforetico. Effetti locali: mantiene pulita la pelle ne favorisce l'assorbimento, l'esalazione, le secrezioni, l'escrezione, la sensibilità, la nutrizione.

2° *Bagni medicati artificiali.* — Comprendono i bagni emollienti ed i bagni eccitanti. Pei primi si usa l'amido, la fecula, il seme di lino, ecc., pei secondi in dermatologia si usano i solfuri, i carbonati alcalini ed il sublimato. I bagni solforosi, che si possono fare secondo le varie proporzioni delle farmacopee, sono astringenti e risolventi, oppure irritanti e sostitutivi, secondo la proporzione del sale disciolto. Prolungati possono produrre la febbre artificiale sono quindi controindicati nello stato febbrile e da consigliarsi in quasi tutte le dermatosi croniche o stazionarie.

I bagni alcalini composti col carbonato neutro di soda hanno proprietà eccitanti ma in grado minore dei solforosi, hanno poi la proprietà di sciogliere l'intonaco sebaceo della pelle, ed anche di intaccare le cellule cornee, per cui converranno nelle affezioni secche nelle quali l'epidermide è ispessita; calmano anche temporariamente il prurito.

Bagni di sublimato. — Eccitano specialmente il sistema nervoso sensitivo, non calmano il prurito anzi prolungati lo fanno nascere. Agiscono sull' epidermide come il bagno alcalino ma l'intaccano meno facilmente. Vengono usati nelle affezioni parassitarie, sifilitiche anche, e secondo i tedeschi in tutte le affezioni dell' epidermide. Non va usato contemporaneamente o a breve distanza dal bagno solforoso perchè allora la pelle diventerà di un colore nero-bruno persistente.

3° *Bagni medicati naturali.* — Comprendono i bagni di mare e quelli di acque minerali. Si potrebbero dividere in emollienti ed eccitanti, ma i primi sono pochissimo comuni, i secondi comprendono le varie stazioni marittime ed un gran numero di stazioni minerali. I bagni di mare hanno sull' organismo doppia azione, l' azione dell' acqua fredda aumentata dal movimento delle onde, e quella dovuta a' suoi componenti. In complesso i bagni marini sono risolventi per cui convengono nelle infiltrazioni cutanee, nelle eruzioni scrofolose e linfatiche.

I bagni minerali eccitanti comprendono: 1° le acque solforose; 2° le acque solfatate; 3° le clorurate sodiche e bromo-iodurate; 4° le bicarbonate sodiche; 5° le arsenicali.

Le acque solforose si dividono in *a*) solforose sodiche, *b*) solforose calciche, *c*) solforose clorurate sodiche. Le prime non producono l' eruzione ed il ritorno dell'affezione allo stadio acuto se non che molto tardo, dopo 15 o 20 bagni, ma questa va sempre aumentando per cui bisogna interrompere tratto tratto la cura. Le seconde sono meno eccitanti che le precedenti, irritano la pelle più presto ma meno profondamente. Le terze sono tardive nella loro reazione infiammatoria, ma che viene calmata dal continuare i bagni.

Le acque solfatate sono meno eccitanti che le precedenti.

Le clorurate sodiche e bromo iodurate danno effetti somiglianti a quelli dell'acqua di mare.

Le bicarbonate sodiche agiscano come un bagno alcalino.

Le arsenicali sono frequentate dagli erpetici; l'acqua è esclusivamente adoperata per uso interno (1).

4° *Bagni a vapore e doccie.* — Agendo o come sedativo od eccitante per lo più sul sistema nervoso sono pochissimo adoperati nella cura delle malattie cutanee.

Azione terapeutica dei bagni nelle malattie della pelle.

1° *Azione del bagno sulle dermatosi in generale.* — Il bagno produce sulla pelle effetti locali e generali.

(1) I benefici risultati dei bagni di Levico dimostrano che possono venire adoperati anche per uso esterno. P.

Effetti locali sono fenomeni di eccitamento o sedativi, e di medicazione igienica della pelle.

Gli effetti generali si determinano sulla costituzione modificandone gli stati morbosi. Dalle esperienze fatte dall' Autore, risulta che nelle forme secche il bagno attacca solo la superficie della lesione, mentre nelle umide influenza la lesione in tutto il suo spessore ed introduce nella circolazione dei modificatori generali.

2° *Azione dei bagni sulle dermatosi in particolare.* — L' Autore studia dapprima le deformità della pelle e le affezioni da causa esterna, poi l'azione dei bagni sulle malattie e le eruzioni che quelle generano. In seguito esamina gli effetti dei bagni nelle affezioni secche e nelle umide.

Nelle deformità congenite o acquisite della pelle studia l'ictiosi nella quale i bagni fanno cadere le scaglie e le rendono sopportabili. In queste malattie convengono i bagni solforosi ed alcalini protratti per molto tempo, ed anche aiutati dalle doccie e dai bagni a vapore.

Le affezioni da causa esterna si possono dividere: 1° in affezioni dovute al contatto di agenti fisici o chimici; 2° in parassitarie; 3° ed in quelle dovute ad *ingesta.*

Nel primo caso le affezioni cutanee in generale guariranno una volta tolta la causa, a meno che questa tenga ad una diatesi latente; non avendo l'agente irritante che fatto l'ufficio di causa occasionale.

Nel secondo caso in cui si possono avere eruzioni polimorfi queste spariranno col togliere il parassita. Nella scabbia il bagno solforoso ha un vero effetto curativo contro l'acaro, mantenendo la pulitezza della pelle e contro il prurito. Così lo stesso bagno è utile contro il favo epidermico ed a placche, facendo cadere le croste e impedendone la riproduzione.

Nella tricofizia il bagno riesce utile solo nell'erpete circinnato esteso del tronco e delle membra favorendo la caduta degli strati superficiali dell'epidermide, sebbene qualche volta valga meglio la tintura di iodio. La *pitiriasis versicolor* tante volte scompare dopo un solo bagno solforoso o di sublimato. Nelle dermopatie *ab ingesta* il bagno non vale che nei casi d'irritazione molto forte della cute.

Le affezioni da causa interna si dividono in: scrofolose, sifilitiche, artritiche ed erpetiche.

Nelle scrofulidi bisogna impiegare la medicazione interna unitamente ai bagni, i quali ultimi hanno poca importanza; agiscono per le loro proprietà risolventi nello stesso tempo che ristabiliscono e mantengono le funzioni cutanee. Nelle scrofulidi maligne i bagni eccitanti e le doccie possono consolidare la guarigione.

Nelle sifilidi cutanee il bagno sarà utile pei bambini servendo alla amministrazione cutanea del sublimato, mentre questo mezzo è da proscriversi negli adulti.

I bagni eccitanti stanno fra i principali mezzi igienici contro la si-

filide, essendo risolventi, mantenendo la funzione cutanea e rialzando la costituzione.

Contro le sifilidi maligne l' idroterapia troppo eccitante in generale non dà buoni effetti. Nelle costituzioni affievolite quando gli accidenti sono scomparsi si può prescrivere di recarsi ad una stazione balnearia di acque solforose, di mare o clorurate sodiche o bromo-iodurate. Queste acque si possono dare anche internamente per eliminare il mercurio.

Nelle forme artritiche acute il bagno può essere dannoso, nella gotta può valere a complemento della cura interna ajutando la risoluzione dei tofi, e l'eliminazione dell'acido urico. Nel reumatismo cronico la cura solforosa interna viene coadjuvata dal bagno solforoso.

Nelle forme erpetiche il bagno come agente generale rende poco servigio, è igienico solamente, e come topico non ha alcuna influenza curativa.

Esamina quindi l'Autore le varie affezioni cutanee in particolare.

La psoriasi curata coi bagni nella forma acuta può averne più danno che vantaggio, e l'Autore riferisce due storie a prova di ciò. La forma cronica può ritrarre qualche leggier vantaggio da parte dell'epidermide ma gli effetti fisico-chimici e di reazione dei bagni non hanno alcuna azione sulla lesione che siede nello spessore ed alla base delle papille. Per cui secondo l'Autore non si dovrebbero usare nè bagni, nè pomate nella psoriasi cronica ma solo gli arsenicali.

Nella forma inveterata sono ancora discutibili le storie riportate dagli autori di beneficj avuti colla cura dei bagni. Tutt'al più si potranno spedire gli ammalati alla cura delle acque arsenicali.

Nella pitiriasi e sue specie i bagni varranno solo in quanto possono migliorare la costituzione, ma non hanno influ enza sulla lesione.

Nel lichene si adoperarono i bagni alcalini o saponati onde adempiere alle due indicazioni della cura locale, calmare cioè il prurito e favorire al scomparsa degli elementi cutanei di nuova formazione; e nel lichene sifilitico il bagno di sublimato non sarà che un complemento alla cura mercuriale interna, come lo saranno nelle altre specie le acque termali. E qui l' Autore riferisce due altre storie cliniche in una delle quali i bagni furono impotenti, e nell'altra anzi favorirono la trasformazione del lichene in eczema.

Nella prurigine dei vecchi potranno usarsi con parsimonia i bagni leggermente eccitanti a pericolo di ripercussioni interne.

Nell'orticaria i bagni calmano solo temporariamente il prurito.

Nell'eritema e tutte le sue derivazioni i bagni dovranno essere esclusi, a meno che trattisi dell'eritema nodoso in cui i bagni eccitanti modificando la costituzione ed aiutano la regressione dei nodi indurati.

Nell'eczema, di cui l'Autore discorre a lungo, i bagni possono concorrere come antiflogistici nei primi due periodi. Nel terzo in cui i bagni vengono adoperati per produrre un'infiammazione sostitutiva la-

sciano ancora molto dubbio dalla loro utilità. Da 14 storie cliniche che riferisce, risulta che i bagni d'acqua semplice o minerale sono senza influenza sull'eczema quando non l'aggravano. Insomma il bagno non conviene ad alcun periodo e ad alcuna forma della malattia, non la guarisce mai usato solo, e se qualche volta riesce la cura idro-minerale bisogna attribuirne l'effetto alla cura generale.

La cura balnearia non conviene nell'erpete e nell'impetiggine, nell'ectima può servire come tonica, nel pemfigo può qualche volta convenire il bagno prolungato di Hebra.

Nell'acne invece la cura idro-minerale, se è possibile, sarà sempre consigliata per la sua azione sul generale della costituzione. Nelle eruzioni formicolari il bagno potrà servire come antiflogistico.

Conclude l'Autore che nella terapeutica delle malattie cutanee i bagni godono di una riputazione fittizia, che vi sono poche malattie cutanee a cui convengano, ma non hanno *giammai un'azione curativa.* Che nelle affezioni da causa esterna i bagni puliscono la pelle; nelle malattie parassitarie possono distruggere il parassita animale, ma hanno poca influenza sul parassita vegetale.

Che nelle malattie di natura scrofolosa, sifilitica, artritica ed erpetica il bagno pei suoi effetti tonici e stimolanti è ordinariamente un buon coadiuvante della cura generale.

Che l'influenza del bagno studiata in ciascuna affezione, da causa interna principalmente, mostra che nelle forme secche è puramente igienico senza avere un'azione curativa, e che nello forme umide è sempre un'ostacolo alla guarigione.

Dell'uso del solfato di rame in alcune dermatosi croniche. Nota del dott. Domenico Barduzzi. (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, dicembre 1877).

Il dott. Barduzzi che diede già notizia de' suoi studii sull'uso del fosfuro di zinco nelle dermatosi croniche, partendo dal concetto che se alcune acque minerali naturali contenenti rame e poca quantità di ferro giovano come ricostituenti, questo effetto lo si debba più all'azione del primo che del secondo rimedio; appoggiato quindi in queste vedute anche dal risultato da varii autori che lo sperimentarono, instituì delle esperienze sugli animali e sull'uomo.

Nel cavallo lo potè dare fino a tre grammi, e fino a 7 centigrammi nell'uomo, senza averne disturbi non solo ma producendo sempre un aumento delle potenze assimilative.

Egli lo amministrò in quelle dermatosi che sono mantenute da uno stato di atonia o di pervertimento dei processi nutritivi ed assimilativi.

Sono 8 le storie cliniche riferite dall'Autore, esse si riferiscono ad individui emaciati, 3 volte per pellagra più o meno avanzata, una volta per cloroanemia e zoster, una per ectima, e tre per eczema più o meno grave. Tutti questi ammalati guarirono in un tempo relativamente breve,

e la preparazione rameica fu data in pillola cominciando dalla dose di 1 centigr. fino a 5 centigr. una al giorno.

L'Autore ne trae le seguenti conclusioni:

1° Che il solfato di rame è un rimedio utilissimo in quelle dermatosi che sono mantenute da deficienza od atonia di nutrizione, e depauperamento della massa sanguigna (pellagra, clorosi, scrofola, oligocitemia, ecc.), e che è opportuno esperimentarlo maggiormente;

2° Che la sua azione trofica è rapida e durevole.

3° Che il più semplice e più facile mezzo di amministrarlo si è sotto forma pillolare al principiare del pasto, o durante il pasto stesso.

Contribuzione patologica e clinica intorno all'eritema multiforme essudativo; del dott. Vincenzo Tanturri. (*Morgagni*, aprile e maggio 1877).

È l'esposizione clinica minuta ed ordinata di 19 casi di questa malattia osservati nella clinica dermopatica di Napoli. Già Hebra ne fece oggetto di sua osservazione, e pei caratteri costanti o quasi che presenta la distinse facendone una specie a sè dall'eritema semplice, di iperemia.

La febbre non è immancabile, è però frequente da uno a 4 giorni, ed anche fino a 10. Le efflorescenze sono macchie, nodi, pomfi, tuberi che scompaiono in minor o maggior tempo, o si trasmettono d'aspetto facendo a forma discoide, anulare o girata. Possono invadere anche la mucosa della bocca sotto forma di erosioni ed ulcerazioni erpetiche, od irritazioni della congiuntiva. Hebra, secondo l'Autore, ha esagerato dicendo che in ogni caso l'eruzione è nei piedi, perchè di spesso si trova al volto, al collo o nel dorso, ecc., senza svilupparsi sulle mani e sui piedi. Il morbo procede per lo più a recidive od a casi sporadici, ed in quelli riferiti dall'Autore ve n'è uno che veniva colpito annualmente per 5 volte al dorso delle mani. La durata dell'eruzione è generalmente di 1 o 2 settimane, ma Lipp la vide protrarsi fino a 11 mesi. La febbre quando esiste la temperatura non sorpassa i 40°,6 centigr. ripetendosi ad ogni eruzione. Le articolazioni sono dolenti, ma senza versamento, e con sudori abbondanti.

Quanto all'eziologia di questo morbo, e del quale si è creduto poterne fare una dipendenza dal reumatismo, per la sua rassomiglianza colla peliosis reumatica, l'Autore non è affatto alieno a questa idea, ma differenzia però sempre la purpura semplice dalla peliosi. Riguardo poi al rapporto dell'eritema multiforme con la nevrosi vaso-motoria contrappone il dubbio della mancanza di ricerche sui centri ganglionari del simpatico.

Lasciando ora la descrizione delle 19 osservazioni ci limiteremo a dar conto di quelle del prof. Tanturri.

Nel 1° caso la prima eruzione si presentò subito in modo sincronico e simmetrico alla radice del naso, del mento, al dorso delle mani e dei piedi; nel giorno seguente alla faccia, ai carpi, all'articolazione delle ginocchia e al dorso delle mani e dei piedi; nei giorni successivi si sono moltiplicate le efflorescenze con nuove eruzioni alle braccia, antibraccia, al

dorso ed alle natiche, alla mucosa labbiale, ed al palato duro con vesciche ed erosioni. La durata dell'eruzione è stata di 7 giorni nelle singole successive. La seconda eruzione fu segnalata da efflorescenze nelle avambraccia, gambe, più confluente nelle stesse sedi, nel giorno seguente fuvvi nuova eruzione nei carpi ed antibraccia. La terza recidiva si presentò alle ginocchia, ai carpi, alle coscie già occupate, nello scroto, alla regione mastoidea sinistra e nel lato destro del collo. La quinta fu seguita da efflorescenze nel dorso, agli arti superiori, alle antibraccia, ai carpi, alle coscie, ginocchia e gambe, all'addome, alle regioni laterali delle braccia, alle natiche completando la eruzione con una recidiva generale in tutte le sedi colpite specialmente nelle braccia con aspetto violaceo ed emorragico.

Tutte le recidive furono simmetriche nelle diverse sedi.

Le efflorescenze presentaronsi più numerose alla prima eruzione che fu di diverso aspetto. Alla fronte, al dorso, al petto, alle regioni scapolari ed agli arti le efflorescenze restarono isolate. Furono confluenti al collo, nei carpi, ed attorno alle articolazioni in corrispondenza della rotula. L' aspetto nelle recidive è stato loro multiforme nella 1ª eruzione, macule, nodi, pomfi, vescicole, pustole e gruppi di vescicole. Le macule predominarono alla fronte, al dorso, sulle braccia; i nodi nei carpi, nelle articolazioni del ginocchio, nelle gambe, antibraccia ed alla radice del naso; i pomfi nel collo, nelle scapole, nelle gambe, nelle ginocchia, nelle palpebre e nella faccia.

La 2ª e 3ª recidiva si distinse per localizzazione alle braccia, alle gambe ed allo scroto dove si riscontrarono nodi lenticolari, larghe placche ulcerate, e larghe macchie emorragiche, puntiformi a gruppi.

La 4ª eruzione si tenne nella forma della roseola alla parte inferiore, al torace, all'addome e più disseminata agli arti. Questa forma a poco a poco passò a roseola infiltrata conservandosi tale nel dorso e nel petto, mentre nelle braccia ed avambraccia divenne emorragica. Con questa eruzione ve ne fu una di nodi, e di vescico-pustole nei fianchi, nelle spalle, nelle cosce ma senza emorragia.

Nello stadio iniziale le efflorescenze occuparono maggiori sedi con gradazioni diverse di morfologia e di sviluppo dalla semplice iperemia alla essudazione siero-purulenta. Nell' ultima recidiva si ebbero forme essudative collaterali ed indipendenti con predominanza del carattere emorragico dell'eruzione. È probabile che il momento emorragico abbia diminuita la essudativa come è regola.

Le forme furono parimenti modificate dall'influenza topografica. Diffusa alla radice del naso, nelle palpebre fu circoscritta alla fronte, al petto, all'addome; le forme anulari al collo, le confluenti ai carpi, ai cubiti, alle ginocchia, al tronco, alle braccia; nelle coscie osservaronsi forme diverse disseminate.

Quanto alla simmetria è da notare che fu approssimativa nelle regioni omonime, e ciò fondasi sulla perfetta identità delle regioni ana-

tomiche; ciò che corrisponde alla identità della direzione delle linee cutanee in ambo i lati. Ciò spiega perchè la tensione e l'elasticità sia minima sul tronco, nell'addome principalmente nell'uomo, nelle natiche, nelle braccia, mentre vicino alle articolazioni, ove le linee cutanee sono irregolari anche le forme rendonsi tali confluenti, cioè per la prevalenza che hanno le eruzioni, di prediligere le superfici estensorie delle articolazioni, fondata sulla disposizione dei vasi papillari, sul maggior calibro dei vasi atteso un più grande sviluppo dello strato epidermico. È anche da osservarsi che nella pelle le vene sono di calibro maggiore delle arterie e spesso formano una rete tumida alla base della papilla, nelle labbra, nelle ali nasali, nella conca dell'orecchio producono dilatazioni lacunari che accrescono le conseguenze della stasi e facilitano l'emorragia, mentre nelle gambe e nelle avambraccia vi è maggiore influenza della stasi venosa.

La forma dell'eritema multiforme può essere complessa, lieve o grave, e ve ne sono esempii nei casi esposti dall'Autore.

Il pronostico ne è ordinariamente felice. Però l'altezza della febbre, l'ostinazione delle recidive possono consigliare una riserva sul suo esito finale.

Sulla patologia e terapia di particolari malattie cutanee; del dottor prof. Kaposi. (*Wiener Medic. Wochens.* N. 35, 1877).

L'Autore intende con questo scritto di caratterizzare le differenze che stanno fra il *lichen ruber planus* ed il *lichen ruber acuminatus*, mettendo in evidenza che il primo ha tali caratteri distintivi da poterne fare una forma a sè totalmente distinta da quella del secondo, quantunque presentino forme identiche e lo stesso processo.

Il *lichen ruber*, descritto per il primo da Hebra, presentasi sotto forma di papuline rosse, coperte di piccole squamme, discrete non raggruppate, alle quali mano mano si ammassano nuove papuline disposte irregolarmente, si diffondono finchè infiltrano i tessuti, si ispessiscono, e vi si aggiungano desquammazione e screpolature cutanee. Il palmo delle mani e la pianta de' piedi sono la sede di forti callosità, le unghie si alterano, i peli cadono, viene a poco a poco l'emaciazione ed anche la morte.

L'Autore fin dal 1862 denominò di *lichen ruber acuminatus* quei casi in cui eranvi le papuline rosse a puntate coniche, forforacee, disposte come i crini di una spazzola, ed ora distingue questa forma coll' altra che ama chiamare *lichen ruber planus* ove le papuline sono piane, non forforacee disposte a gruppi ed a placche di un particolare splendore cereo, e di un aspetto ombellicato e depresso. Di questa malattia rara egli potè vederne in 2 anni 9 casi e dal 1872 vide 15 casi di lichene rosso, mentre di *lichen ruber acuminatus* capitarongli negli ultimi 2 anni 3 casi, e dal 1872 6 o 7.

Caratteri del *lichen ruber planus* sono papule fittissime del volume di un grano di miglio o meno riconoscibili col rischiaramento laterale,

rosso-brune, rosso-pallide, od interamente pallide, cereo-risplendenti, piane od appena rilevate, sensibili al tatto, rotonde irregolarmente, dentellate, e le più grosse portanti un' alone rosso, incavato al centro o semplicemente depresso.

In principio dette papule sono disseminate irregolarmente, ed occupano principalmente la piegatura del cubito o dei carpi, il cavo del ginocchio, il pene, ma il tronco e le estremità in modo speciale. Spesso assumono la forma lineare, od anche più tardi quella di placche della grandezza di una lente a quella di un pezzo da 5 franchi o di nodi isolati formanti dei nuovi rapidi coronamenti papulosi stretti e che tendono a progredire. In mezzo alla chiazza e le parti centrali di esse si deprimono a poco a poco, mentre le papule periferiche acquistano ciascuna il loro punto depresso che tante volte è piccolissimo e somiglia alla puntura di un' ago. La pelle è atrofica e di soventi oscura per pigmentazione. Le placche più grandi sono più chiare, colore caffè e latte, ed intramezzate da telegectasie. La malattia non tende a diffondersi. In alcuni punti presi da essa si sente la pelle cornea come sagrinata. Non havvi mai desquammazione.

Guarendo con o senza cura vi resta sempre l'atrofia ed il coloramento oscuro per molto tempo.

Il *lichen ruber acuminatus* comincia con località sparse e si diffonde rapidamente.

Il *lichen ruber planus* invece in alcuni casi persiste per lungo tempo, da 1 a 2 anni. L'Autore non sa dire se questa malattia possa coll'andare del tempo circoscriversi e guarire da sè. È però un fatto che può estendersi.

I casi da lui osservati di *lichen ruber planus* sono 15: 4 donne e 11 uomini, e non tutti pativano di prurito, in alcuni però era intensissimo.

Il professor Kaposi raccomanda di non confondere queste due forme col lichen ruber di Hebra e perchè allora bisognerebbe creare un nuovo lichen planus, e perchè il lichen ruber di Hebra non è sempre planus. A ciò si deve aggiungere inoltre che il lichen ruber incomincia:

1° Colla forma data dall' Hebra che non pare essersi osservata, per cui venne creato il *lichen sicoples* e che l'Autore denomina *lichen acuminatus*.

2° Il *lichen ruber* appare sotto la forma che l'Autore ed altri riconoscono per *lichen planus*, che potrebbe anche dirsi *lichen ruber*, ma che esso chiama *lichen ruber planus*. Queste due forme possono trovarsi insieme, e può essere confuso colla sifilide papulosa, col psoriasi e coll'eczema papuloso.

L'arsenico ne è il miglior rimedio.

1.° Un caso di lichene piatto; del dott. G. Henry Fox.

2.° Altro caso simile; del dott. E. L. Keyes.

3.° Altro caso simile; di E. B. Bronson. (*Archiv. of Dermatolog.* New-York, vol. 2°, 1877, e *Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1877).

1.° Una donna di 47 anni, di buona salute, soffre di dispepsia ed insonnio. Dodici anni or sono dopo un aborto pativa di eruzione agli stinchi, sembra di porpora, accompagnata da cardiopalmo ed artralgie che le restarono sempre. Nel 1875 la detta eruzione si manifestò con papule isolate, pruriginose che divennero confluenti. Scomparvero quindi nell'inverno, per ricomparire nell'estate alle braccia. Ora è limitata alle avambraccia, alle gambe, tanto nella superficie di estensione che di flessione; qualche papula all'addome e sulle coscie. La maggiore confluenza è al muscolo gastronemo destro. Sulle tibie veggonsi manifestazioni più vecchie di color violaceo riflesso e sparse di numerose macchiette bianchiccie per distacco di epitelio dei follicoli, somiglianti a scaglie.

Le papule lenticolari rosso scure depresse al centro sono sparse od aggregate e pruriginose. Allorchè sono isolate seguono la distribuzione lineare di ogni profonda scalfittura. Il prurito cresce col caldo e col riposo del letto, e sotto i cambiamenti di temperatura.

Miglioramento cogli alcalini.

2.° Il dott. Hawkins presentava il seguente caso all'esame della Società dermatologica:

Uomo di 56 anni, subì più o meno gravi attacchi di reumatismo, ed è affetto da stenosi mitrale. Diciotto mesi prima dal suo esame cominciò ad ammalare per eruzione di papule isolate, piatte, livide alle regioni ascellari, che presto si fecero confluenti e furono accompagnate da intenso prurito. Apparvero poi ancora gruppi di papule al gomito e sopra le superfici di flessione in generale che però qualche volta invadevano anche la superficie di estensione. Ciò che non si osserva nel lichene piatto. Papule isolate appiattite od a gruppi, liscie, lucenti e di color livido si osservano all'addome e al perineo, alcune ombilicate, e qualche ammasso scaglioso; alcuni datano da 18 mesi. Diametro delle papule piccolo, di circa una linea. Distribuzione irregolare con tendenza però alla simmetria. Prurito principalmente notturno. Cura: alcalini, ricostituenti, e frizioni di sapone verde e unguento citrino ma con poco o nessun vantaggio.

3.° Del dott. Bronson. Donna di 50 anni, di aspetto poco buono, affetta da alcuni mesi da emissione frequente di orine ed anche da incontinenza delle stesse, e da prurito vulvare da alcuni anni. Da 10 anni soffre di eczema al ginocchio sinistro. Nella primavera del 1876 si accorse di alcune papule all'avambraccio, indi alle braccia, alle gambe ed altrove accompagnate da prurito. Queste sono infatti numerose, sparse, di color rosso, grosse da un semplice punto al capocchio di spillo. Sono lucenti e brillanti di superficie, appiattite all'apice ed ombelicate legger-

mente. Anteriormente al corpo si presentavano collegate in larghi ammassi rossi o color porpora che si andavano desquammando in iscaglie simile a crusca, e che mostravano numerosi striature o piccole fessure attraverso lo strato epidermoidale. Nelle gambe eranvi papule isolate ma caratteristiche. In tutti i punti prurito eccessivo. Fu curata cogli arsenicali e sembra con qualche profitto.

Azione dell'acqua sulla pelle sana ed ammalata; del profess. Hebra. (*Wiener Med. Wochenschrift.* 6 ianuar 1877 e *Giorn. Italiano delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Il prof. Gamberini facendo l'estratto della memoria del prof. Hebra la commenta e vi aggiunge le sue idee in proposito che collimano con quelle dell'illustre dermatologo di Vienna; e crediamo prezzo dell'opera il riportarne sommariamente il concetto avvalorato, come è, dal voto favorevole del nostro Italiano.

Hebra è del parere che fino ad ora non sii ben stabilito se l'uso dei bagni freddi preservi l'uomo da malattie, ed il Gamberini nota anch'esso come sebbene le manipolazioni acquee promovino un generale benessere pure possono determinare un'irritazione cutanea e quindi produrre eritemi, pomfi, papule, eczemi, ecc., esempio, i lavoranti che maneggiauo frequentemente l'acqua e nei quali sono frequenti queste malattie. Oltre l'effetto dell'acqua aggiungasi quello prodotto dalle frizioni con pannilini ruvidi od umidi.

Le bagnature fredde o calde che siano, si confondono facilmente nei loro effetti, sì perchè le prime si riscaldano presto a contatto della cute, sia perchè le seconde diventano più fredde di quello che erano e si portano almeno al livello del calore cutaneo. Gamberini a questo proposito dice che la sua osservazione clinica gli dimostrò essere meglio sopportati e preferiti i cataplasmi caldi che il bagno freddo nella cura di certe malattie.

Hebra quindi, dalla considerazione delle proprietà fisiche che l'acqua esercita sulla pelle ne trae che ne è controindicato l'uso in genere negli individui sensibili, irritabili, e soggetti a rossori perduranti a forma di efflorescenza, a prurito, a gonfiamenti acuti, sierosi, ecc., ed alle dermatosi croniche in cui varii medicamenti abbiano già alterato lo strato corneo. Indicato invece ne crede l'uso in quelle malattie in cui si ha bisogno di un' azione irritante, e di staccare ammassi di epidermide, come nella psoriasi, nel lichene, nell' ictiosi, nella pitiriasi rossa, ecc., oppure quando si ha per scopo di eliminare diverse materie di secrezione, o prodotti infiammatori, residui necrosati, o quando si voglia impedire l'accesso dell'aria in un punto cutaneo, o favorire la cicatrizzazione, ecc.

Ecco le conclusioni del prof. Hebra:

1° L'acqua non è un corpo indifferente per la pelle, ma invece esercita una manifesta irritazione capace di generare forme morbose e persistenti anomalie;

2° La temperatura dell'acqua non ha un posto primario, ma piuttosto emerge la sua proprietà macerante ed irritativa.

3° Nella prescrizione di bagnature, lavature, bagni, ecc., devesi consultare, in riguardo alla temperatura dell'acqua, la sensazione subbiettiva del malato;

4° Le lavande generali ovvero i bagni caldi o freddi non servono quali regole profilattiche a preservare gli organi interni da diverse malattie, ma producono invece di spesso delle infermità cutanee;

5° Se devono adoperarsi con vantaggio i bagni contro malattie cutanee devono essere di lunga durata e non mai al disotto di un'ora; il bagno caldo può continuarsi senza interruzione per un mese nei casi necessarii.

Il prof. Gamberini per parte propria aggiunge che anche dalla sua esperienza risulta come siano nell'uomo sano non solo inutili le frequenti bagnature ma riescano anzi dannose in quanto che risvegliano alterazione nelle funzioni principalmente dei sistemi glandolari sebacei e sudoriferi, che quando si sta bene non bisogna cercare di star meglio a rischio di star peggio, che se a taluni l'acqua non fa nè male nè bene è appunto per l'uso d'abitudine che hanno di essersi addomesticati con essa, conchiude in fine riconoscendo igienico il bagno tiepido, ricorrente, per mondezza di pelle, ma pensa all'opposto circa le bagnature fredde.

Quanto all'uso dell'acqua nelle dermopatie non ebbe mai alcun beneficio dell'uso dei bagni freddi nell'eczema, mentre vide qualche vantaggio coll'uso dell'acqua tiepida, in questa malattia e nelle forme cutanee squammose. Nel lichene il bagno freddo diminuì solo temporariamente il prurito, mentre continuato senza interruzione fu assolutamente benefico nella sollecita risoluzione delle placche mucose dei genitali maschili e femminili.

Insomma nella cura delle dermatopatie il Gamberini è convinto che la cura coi bagni tiepidi è la più acconcia.

Delle eruzioni chiniche; di Giulio Bergeron e Proust. (*Revue de sciences Médicales*, 15 janvier 1877).

È oramai certo come il chinino alcune volte produca curiosi accidenti sulla pelle e ne parlarono già vari autori quali; Chevallier, Briquet, Bazin, Delioux, Hit, Jendi de Grissac, Bergeron e Proust fecero le loro osservazioni a Nogent sulla Marna in una fabbrica di chinino. Gli accidenti si manifestano con eruzioni sulla pelle dei lavoranti ai tini e che si trovano esposti ai vapori carichi di molecole del medicinale.

Ordinariamente cominciano d'improvviso e di preferenza agli avambracci, alle coscie ed alle parti genitali sotto forma di numerose vescicole confluentissime formanti in certi punti delle ulcerazioni e su altri delle croste, alcune volte si può avere il vero aspetto delle bolle di pemfigo, o vaste superfici sprovviste di epidermide o placche d'eczema.

L'eruzione, tolta la causa, per lo più cede agli emollienti.

Sono facilissime le recidive, tanto più se l'individuo non si allontana da ciò che può produrle.

Secondo gli autori questi accidenti sono dovuti ad un'idiosincrasia particolare e non costituiscono perciò un'eruzione dovuta alla professione; ma qualche cosa di analogo alla causa che determina altre eruzioni in coloro che prendono i resinosi o la belladonna, ecc.

Gli autori citano fra gli altri le seguenti storie a dimostrare l'idiosincrasia individuale:

Tre fratelli sono entrati alla fabbrica di Nogent. L'uno vi lavorava da 2 anni, il secondo da 15, senza aver mai avuto alcun leggero inconveniente. Il terzo solamente dovette abbandonare la fabbrica dopo qualche settimana e l'azzardo avendolo in seguito condotto da un rivenditore che aveva accattato degli stracci provenienti dalla fabbrica fu immediatamente ripreso da un'eruzione al viso. Sarà coincidenza?

Un'altro lavoratore che era stato obbligato anch'esso ad abbandonare il mestiere di fabbricatore di chinino, si era dato ed altro lavoro. Questi non poteva passare vicino alla fabbrica senza veder ricomparire la eruzione.

Un terzo che aveva dovuto pure prendere lavoro in fabbrica di altro genere la recidiva fu provocata perchè un compagno gli mutò le calze con quelle di uno che lavorava nella fabbrica di chinino (!).

Sebbene questi fatti possano sembrare un poco esagerati, pure anche noi possiamo citare il fatto di una idiosincrasia speciale riscontrata a questo proposito in una delle nostre ammalate.

M. L. di circa 40 anni, nubile, isterica al massimo grado, abitante in Pavia, soffriva di frequenti febbri intermittenti, anzi al di lei asserto fu qualche volta soggetta a qualche attacco di perniciosa. Presentatasi alla nostra ambulanza sotto un accesso di febbre chiaramente intermittente a tipo terzanario, noi le consigliammo il chinino.

Ella pregavaci di amministrarle qualche altro preparato perchè tutte le volte che aveva preso chinino le si era manifestata un'eruzione resipelatosa al capo, che qualche volta fu tanto grave da porla in pericolo di vita. Noi per quanto tenessimo conto di questa sua asserzione e rispettassimo i nomi dei varii medici che essa nominava a conferma di quanto asseriva, ci prese desiderio di vedere con i nostri occhi quanto di vero vi potesse essere in questo asserto. Ed avendo a che fare con un individuo eccitabilissimo per isteria, le amministrammo il solfato di chinino ad un grammo senza che essa lo sapesse e da prendersi in 5 volte. Ma dopo poche ore dalla seconda presa le si manifestarono alcune macchie rossastre, pochissimo rilevate veramente eresipelatose, dapprima alle avambraccia, e poi alla fronte. E quest'ultime a poco a poco si dilatarono in modo da invadere quasi tutta la faccia e parte del cuoio capelluto, assumendo in tutto l'aspetto di una risipola. In tre o quattro giorni tutto scomparve cessando la somministrazione del medicamento, e sotto l'uso di qualche purgante.

Dopo qualche tempo la stessa essendosi ancora ammalata per forte emicrania a tipo intermittente giornaliero, le amministrammo ancora a di lei insaputa il citrato di chinino, altra volta il valerianato, e sempre collo stesso effetto anzi quest' ultima volta ebbi una vera risipola ancora del viso con varie flittene. Per cui ci convincemmo che questa manifestazione cutanea non era dovuta all'azione degli acidi coi quali era combinata la chinina, ma teneva alla idiosincrasia speciale per il chinino stesso. Più tardi ancora ammalatasi con congiuntivite reumatica, le venne applicata dal dott. Flarer, oculista in questo civico Ospedale, la pomata di chinino, ed anche dietro l'uso di questa, abbenchè fosse in pochissima quantità al primo giorno di sua applicazione, la paziente fu ripresa ancora dai stessi sintomi sebbene in grado minore di forza. Dimodochè fummo costretti tutte le volte che abbisognava di un'antiperiodico, e ciò accadeva soventi volte, di ricorrere al solfato di bussina dal quale ritraeva qualche vantaggio e senza gl'inconvenienti suddescritti.

Sull'anatomia del lupus eritematoso; di Edoardo Geber. (*Revue de Sciences Médicales*, N. 18, 1877).

Le alterazioni anatomiche nel lupus eritematoso furono studiate dell'Autore sul derma e sull'epidermide:

1° Sul derma i vasi sono dilatati e contenenti numerosi globuli rossi. Le loro pareti presentano le cellule endoteliali modificate dall'irritazione e nel tessuto congiuntivale circumambiente, numerose cellule embrionali sotto forma di colonne, dove l'alterazione è più lieve. Nei casi più gravi havvi infiltrazione diffusa principalmente vicino ai capillari. Il tessuto congiuntivale come reticolato per infiltrato di globuli bianchi che probabilmente sono il prodotto dell'irritazione del tessuto connettivo il quale abbia dato luogo ad elementi embrionali. Queste neoformazioni cellulari subiscono delle alterazioni, così alcune sono granulate finissimamente, altre hanno granulazioni più grandi, goccie di grasso e con nodi pochissimo visibili. Le papille sono più voluminose e gli orifici follicolari compressi.

2° Sull'epidermide si trova mancanza di pigmento nelle cellule granulose che sembrano in via di proliferazione, ma il tessuto non è ispessito perchè i suoi elementi subiscono una metamorfosi regressiva essendo sostituiti da corpuscoli di grasso a contorni oscuri.

Lo strato interno dei follicoli pelosi aumenta di volume per proliferazione delle cellule granulose.

Le glandole sebacee per lo stesso fatto si ipertrofizzano. Ciò dicasi anche delle sudorifere. Forse ne vanno affetti anche i linfatici, ma l'Autore non lo può dire con certezza.

Per cui nel lupus eritematoso si distinguono due periodi, l'uno di neoformazione in cui vi sono fenomeni di infiammazione della pelle, l'altro di regresso per degenerazione degli elementi, e riassorbimento dei loro avanzi.

Un caso di lupus eritematoso del pene; di H. G. Piffard. (*Archiv. of Dermat. and Syphil.* New-York, marzo 1877, e *Idem*).

È l'esposizione e l'esame patologico di un caso interessante perchè la forma luposa si manifestò, cosa insolita, sul pene. Quest'affezione cominciò con una piccola macchia rossa sopra il glande, che a poco a poco si ingrandì, prese la forma anulare, dopo qualche tempo se ne vedevano tre dell'aspetto presso a poco del tricofiton.

L'Autore fatta la diagnosi di lupus eritematoso, che a primo aspetto sembrava potersi confondere col parassita nominato, cloroformizzò il paziente e disseccò la porzione prepuziale dell'anello più largo, e unì l'incisione con quattro punti di sutura. Troncò gli altri anelli col filo di platino riscaldato al bianco. Sei giorni dopo tutto era cicatrizzato.

L'esame microscopico diede il seguente reperto: Lo strato corneo era composto di quattro a sei strati di cellule ovali, molte delle quali presentavano un nucleo indi eranvi parecchi strati di cellule ovali, piene di granuli; quindi le cellule del reticolo del Malpighi con poco pigmento alla parte inferiore; tale strato grandemente variava nelle differenti porzioni, e in varii punti inviava verso le parti profonde lunghi ed irregolari prolungamenti racchiudenti in mezzo ad esse delle papille allargate.

Nella parte centrale della lesione le papille erano molto infiltrate da piccole cellule rotonde che mascheravano qualunque altra struttura. Ai margini tale infiltrazione era minore. In alcuni punti queste cellule si estendevano in mezzo alla rete del Malpighi velandone i contorni; in altri punti fra queste piccole cellule e la rete esisteva un ben distinto intervallo.

L'infiltrazione occupava solamente le porzioni superficiali del corion; le più profonde ne erano libere con ben manifesta rete delle fibre elastiche. I capillari superficiali erano invisibili, i più profondi apparivano grandemente allargati.

Nessuna glandula ipertrofica.

Dell'orticaria gigante; del dott. J. L. Milton. (*Revue des sciences Médical*, N. 18, 1877).

L'Autore avrebbe osservato una forma di malattia della pelle molto somigliante all'orticaria, ma che da questa differenzia sia per non essere accompagnata dalla febbre e da disturbi dei visceri sia pel suo aspetto di placche più larghe, rilevate, pel maggior senso di tensione, e pel suo andamento. Non è possibile poi confonderla coll'espulsione osservata e descritta da Oppenheim, perchè questa ha la sua sede di predilezione al livello delle articolazioni nel senso delle flessione, per l'aspetto globoso delle elevatezze e per la sensibilità alla pressione.

Non potendo adunque immedesimarla con queste due forme ed avendo qualche cosa di analogo alla orticaria comune l'Autore la chiama orticaria gigante.

Ne riferisce 5 casi:

Caso 1.° — In questo primo caso il male si manifestò alla coscia

destra in corrispondenza al legamento del Falloppio. Esordì addirittura senza prodromi con una macchia dura, indolente, pallida, larga 3 pollici. Dopo tre giorni scomparve affatto senza alcuna cura. Il giorno dopo comparve un'altra simile placca al disotto della cresta iliaca sinistra, della lunghezza di sei pollici, elevata dalla superficie cutanea di circa 2 centimetri. Questa cominciò a diminuire dopo 48 ore e in 4 giorni era affatto scomparsa mentre sulla coscia sinistra e sulle anche se ne mostrarono qua e là delle altre simili, continuando così per lo spazio di tre settimane. Quattro mesi dopo se ne produssero delle altre alla fronte, alle narici, alle labbra ed alla gola, senza che la salute si alterasse menomamente.

La cura fu interna ed esterna. Internamente vennero amministrati varii medicamenti, ed esternamente provati fomenti locali, bagni generali ed a vapore, pomate, ecc., ma con pochissimo risultato. Il solo joduro di potassio sembrò avesse ammansati leggermente i sintomi.

Caso 2.° — In questo si trattò di una sol placca larga, dura, che una giovane donna portava sulla fronte, e che per lo spazio di diciotto mesi non l'aveva mai lasciata, sebbene vi fossero state molte scomparse e ricomparse. In questo individuo vi fu leggier prurito.

La cura durò 5 mesi nel qual spazio di tempo la paziente potè dirsi guarita, e consistette nell'amministrazione del percloruro di ferro e dell'arsenico.

Caso 3.° — Un uomo robusto si ammalò per angina, e dopo alcuni giorni gli apparve sulla cute una eruzione confluente di orticaria, alternantesi ora sulla pelle, ora sulla mucosa della bocca.

La stessa cura.

Caso 4.° — In questo ammalato l'eruzione fu più estesa, più grave e diuturna, giacchè durò più di 7 anni, ed ogni 15 giorni il paziente aveva una nuova eruzione. Le parti prese furono ad un tempo le palpebre, la faccia, il membro, lo scroto, e tratto tratto le narici.

La cura fu di percloruro di ferro, aconito e regime dietetico poco carneo.

Caso 5.° — In questo la malattia si staccò dagli altri suddescritti per alcuni caratteri, ma la sua diuturnità bastò a differenziarla dalla orticaria comune. Questi caratteri sono la sua durata che fu di 8 anni, mentre le eccessive eruzioni di miliare precedute da disturbi gastro-intestinali ed il prurito che accompagnava l'eruzione sono sintomi comuni alla miliare ordinaria. Però dopo qualche giorno, per molte volte, si produceva al luogo delle placche una desquammazione furfuracea, ed anche una vera esfogliazione.

In questo ammalato che era già stato a molte stazioni idropatiche nè il ferro, nè l'arsenico portarono giovamento alcuno.

Della cura locale della psoriasi; del dott. Wyndham Cottle. (*Revue des Sciences Méd.* N. 18, 1877).

L' Autore all'ospedale Blactifoiars a Londra curò più di 50 ammalati

di psoriasi inveterata col metodo del caoutchouc sciolto, e ne ebbe buonissimi effetti. Ecco il suo atto operativo:

Egli prende 15 grammi di caoutchouc e 345 di cloroformio e lo applica sulle parti ammalate. Con questo mezzo viene ad ottenere un intonaco impermeabile aderente meglio che la gutta-perca ed il collodion elastico. Egli designa però come cosa indispensabile prima di applicare il rimedio di levare le squamme il meglio che è possibile, e lavare la superficie coll'alcool rettificato, o coll'etere onde sciogliere il grasso, e di asciugare in seguito i tegumenti. Con questo mezzo la pelle da arida e dura, diviene umida e perde la facoltà della riproduzione delle squamme; queste cadono lasciando i tessuti sottoposti quasi allo stato normale; anche il rossore postumo a poco a poco scompare o tutt'al più non figura che come una macchia cutanea circoscritta e temporanea.

Nota sopra un caso di lingua nera; del dott. A. Lancereaux. (*Revue des Sciences Médicales*, N. 21, 1877).

Il prof. Lancereaux presentò alla Società medica degli ospedali un caso di coloramento nero della lingua che lo stesso crede dipendente da parassitismo.

Un'uomo di media età presentava la lingua di colore nero come se fosse tinta di inchiostro, questa colorazione incominciava verso la metà della lingua, ed in avanti dal V linguale s'estendeva a poco a poco in maniera di occupare tutta la faccia dorsale dell'organo. Formava una larga placca, saliente, allungata e nettamente circoscritta sui bordi.

Col raschiamento veniva tolta una sostanza poltacea nera, abbondante la quale sciolta nell'acqua lasciava vedere un gran numero di filamenti somiglianti a peli di circa un centimetro di lunghezza, e che al microscopio si presentavano sotto forma di piccoli cilindri, più chiari al centro con bordi più carichi, risultanti da elementi epiteliali ammalati, ai bordi si vedevano numerose cellule epiteliali aderenti per un'estremità, mentre l'altra era libera.

Le papille filiformi erano rivestite da cilindri ipertrofizzati e portanti alla superficie come una crosta dai corpi cellulari disposti in ammassi, e che non erano che spore.

Le spore sferiche avevano un diametro che variava tra 0,004, e 0,005 millimetri; ed erano ordinariamente attaccate ai cilindri epiteliali.

Esistevano inoltre dei tubi di spore ondulati e ramificati.

Della colorazione nera della lingua per cromidrosi; del dott. Armaingaud. (Idem).

Armaingaud presentava alla Società di medicina di Bordeaux un'altro caso di colorazione della lingua in cui, a differenza del sopraddescritto, non eravi alcun rapporto tra la alterazione di calore e l'ipertrofia delle papille della mucosa, ma che invece il rapporto stava col sistema nervoso. Un giovane studente ne era il soggetto. Egli presentava la lingua nera tutte le volte che si esponeva a veglie prolungate, o ad altre fatiche eccessive. Questa colorazione spariva colle unzioni di olio,

o di glicerina. Da questo fatto, l'Autore pensò alla cromidrosi della lingua, perchè le sostanze oleose servono a togliere i prodotti della cromidrosi stessa.

Sembra anche che tale fatto patologico si verificasse in un zio e in un fratello del paziente. Al microscopio questo intonaco nerastro lasciava scorgere in mezzo delle cellule epiteliali, dei piccoli bastoncini somiglianti a quelli trovati da Robin nel prodotto della cromidrosi.

L' Autore crede in questo caso all'influenza di un disturbo vaso-motore.

Xantelasma; del dott. Pio Smith. (Idem).

L' Autore dalle 8 osservazioni fino ad ora conosciute di questa malattia ne trae che essa consiste in un'iperplasia cronica del derma mucoso e che l'epidermide ne è invasa in modo secondario, e così pure il tessuto connettivo sotto-dermico. Il processo può essere infiammatorio ed allora non si trovano al microscopio che elementi embrionali gialli e rotondi, vere leucocisti infiltrate di grasso e di cristalli di colesterina. Oppure può essere a forma sub-acuta, lenta, vi ha neoplasia ed apparizione di elementi fusiformi e stellati del tessuto connettivo. Il primo tipo corrisponderebbe al xantelasma planum, il secondo al xantelasma tuberosum. È una lesione dalla cute da paragonarsi all' ateroma arterioso.

Dalle storie raccolte dall'Autore risulterebbe pure che in tutti i casi di xantelasma generalizzato vi erano sempre malattie del fegato ed itterizia cronica, che non fa mai difetto nel xantelasma tuberosum. Ed egli spiegherebbe ciò dal contatto prolungato della bile coi tessuti della pelle, pel quale si susciterobbe una infiammazione particolare di essa.

Caratteri clinici dell'affezione sarebbero le due forme distinte di macchie o di noduli Il presentarsi sotto forma di striscie giallastre lineari al palmo delle mani, ed a livello delle pieghe articolari, e soventi sotto quella di papule confluenti alle palpebre.

Incomincia prima dall'occupare le palpebre, sopratutto verso il bordo interno, poi invade i piedi e le mani, le dita, le articolazioni, ed infine il tronco e l'addome, rarissimamente le gambe. Sotto la forma maculosa si mostra sulla mucosa della bocca, delle labbra, della lingua e del palato.

Intorno al cisticerco della cellulosa e sua manifestazione nella pelle dell'uomo; di Lewin. (*Charité-Annalen*, Berlin 1877, e *Revue des sciences med.*, n. 21, 1877).

L'Autore riferisce tre storie di cisticerci della pelle umana.

1.ª Osserv. — Giovane di 22 anni, presentante sotto la pelle 5 tumori del volume di una ciliegia a quello di una nocciuola. La sede di questi tumori era tra la pelle ed il tessuto cellulare, avevano consistenza elastica, ed erano affatto indolori.

Il malato si lagnava di cefalalgia vivissima, a parossismi che si poteva attribuire ad altro tumore simile dell' interno del cervello.

2.ª Osserv. — Un ammalato presentava null'altro che accessi di asma ed un gran numero dei suddescritti tumori.

3.ª Osserv. — Altro individuo con uno di questi tumori parassitarii del volume di una nocciuola sotto la mammella sinistra.

Dalle varie osservazioni di tale malattia pubblicate dagli Autori risulta che certi sintomi poco definiti si possono mettere in relazione colla loro vera causa, la presenza cioè di questi parassiti negli organi interni.

Dalle statistiche si ha che in Allemagna il cisticerco è più frequente che l'echinococco, e tanto quanto la trichina.

Vennero molte volte questi tumori confusi con nodi di lupus, con tumori fibroplastici, con carcinomi, e con tumori gommosi.

Lewin crede che il cisticerco possa camminare attraverso i tessuti, e cita 3 casi di Graefe in cui il cisticerco sembrò camminare dall'occhio al cervello e viceversa.

Il cisticerco può vivere nell'organismo umano più o meno tempo secondo la sede. Nell'occhio può dar luogo rapidamente a fenomeni infiammatorii gravi, nel cervello invece può vivere 7, 9 ed anche 12 anni.

Quanto all'eziologia ne è ancora oscura. L'infezione può avvenire in due maniere: sia direttamente per quelle di una tenia vivente nell'intestino, sia indirettamente per le uova di una tenia proveniente da un altro individuo. L'Autore è proclive ad attribuire i sintomi morbosi osservati da parte del sistema nervoso, respiratorio e circolatorio alla presenza della tenia, non a riflessi delle intestina, ma alla formazione di cisticerchi negli organi interni.

La cura è interna ed esterna. La prima col mercurio, arsenico, benzina, ecc. è inefficace. La esterna invece è facile e senza danni. Si tratta di pungere semplicemente la vescicola e vuotarne il contenuto.

Più efficace sarà quindi la cura profilatica, che consiste cioè nel non cibarsi di vivande poco cotte.

Intorno ai cisticerchi della pelle; del dott. P. Guttmann. (*Berlin. Klin. Woch.*, n. 26, 1877, e *Revue des Sciences Med.*, n. 21, 1877).

Ecco il caso di Guttmann:

Un uomo di 63 anni. Nel dicembre 1876 rimarcò per la prima volta l'esistenza sotto alla sua pelle di numerevoli piccoli tumori che del resto non gli cagionarono nessun male.

Quest'uomo aveva sempre goduto di un' eccellente salute.

Presentatosi nel febbraio 1877 alla policlinica presentava:

Sotto i tegumenti delle regioni le più diverse del corpo circa 30 piccoli tumori occupanti in ordine di frequenza decrescente il dorso, il petto, la nuca, le braccia, l'addome, la natica destra. Erano situati immediatamente sotto la pelle, la quale restava sollevata dai più voluminosi di essi. Mobilissimi in certi limiti, erano renitenti, elastici, di consistenza quasi cartilaginea, i dolori affatto alla pressione, la maggior parte ro-

tondi, e di dimensioni da un nocciuolo di ciliegia ad una piccola nocciuola.

Dietro l'estirpazione, uno di essi offriva l'aspetto caratteristico della vescicola dei cisticerchi, molle non pedicolata, situato nel tessuto adiposo sottocutaneo.

La capsula conteneva qualche vasellino: attraverso del liquido racchiuso nella borsa si vedeva il cisticerco sotto forma di un corpo biancastro della grossezza di una piccola lente. Il numero di questi tumori si accresceva incessantemente.

La moglie di questo soggetto evacuava molti anni prima una tenia. Il paziente non ne vidde mai ad onta di considerevoli prese di kousso.

La diatesi reumatica in dermatologia; di Enrico G. Piffard di New-York. (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1877).

Quali manifestazioni della diatesi reumatica Piffard chiama l'eczema, la psoriasi, la pitiriasi, col nome di reumatoidi. Studia egli quindi: 1.° La vera esistenza di questa diatesi. 2.° La sua natura. 3.° Se le affezioni in discorso sieno o meno sotto l'influenza di tale diatesi. La diatesi si può ammetterla e per la unanime opinione di molti intelligenti osservatori, e perchè con essa si spiegano molti fenomeni d'altronde inesplicabili.

Riguardo alla natura di questa diatesi puossi credere che dipenda da accumulo nel sangue di un'eccesso di sostanze escrementizie e presumibilmente di quelle che danno origine alla gotta ed al reumatismo, come potrebbero essere l'acido urico, il lattico, l'ossalico, la creatina, la creatinina, ecc. Il processo d'ossidazione degli albuminoidi, specialmente quando questa essendo incompleta, diminuisce l'urea e aumenta, i prodotti suddetti, per cui l'Autore con Bence-Jones lo ama chiamare processo di sub-ossidazione.

L'accumulo di tali prodotti succede quando o l'azione renale è deficiente, o più frequentemente, quando esiste un'esagerata produzione, che può essere cagionata o da deficiente ossidazione della normale quantità di albuminoidi ingeriti, o da sovrabbondanza di formazione di peptoni e di quei prodotti per metà ossidati e di difficile escrezione.

Tale escrezione sarà fino ad un certo punto mantenuta dal rene, ma reso questo insufficiente i prodotti cercheranno nuove vie di esito attraverso le intestina o dalla pelle, la quale per ciò si fa pruriginosa ed eruttiva.

Se la quantità delle sostanze ingeste è normale e l'ossidazione ancora imperfetta vi sarà deficiente provvisione di ossigeno che va al sangue o imperfettamente sarà messo a profitto, e perciò insufficiente funzione del fegato sede principale dell'ossigenazione. I prodotti sub-ossidati accumulati nel sangue si combinano cogli alcali liberi e coi carbonati alcalini del siero sanguigno che viene così ridotto nella sua alcalinità e ciò ritarda il normale processo di ossidazione.

L'eczema, infatti la psoriasi e la pitiriasi hanno caratteri generali comuni e cioè:

Non sono contagiosi.

Frequentemente sono generali non per simultanea invasione di superficie ma per estendersi gradualmente da differenti centri.

Sono simmetrici.

Generalmente cronici.

Di durata indefinita.

Sono ostinati alla cura.

Sono frequenti negli stessi membri di una famiglia.

Si osservano spesso sotto diverse forme in differenti generazioni di una famiglia.

Due o più forme possono presentarsi allo stesso tempo od apparire successivamente.

Passano facilmente da una forma all'altra.

Recidivano frequentemente.

Si alternano con altre malattie interne.

Le lesioni sono sempre superficiali.

Non lasciano cicatrici.

Cedono sotto certe cure che non hanno effetto in altre affezioni cutanee.

La cura deve tendere: 1.° a depurare il sangue; 2.° a favorire l'essudazione.

La prima si fa col promuovere la funzione dei reni, degli intestini e della pelle.

La seconda, contro l'imperfetta ossidazione del sangue, se questa deriva da una soverchia quantità di albuminoidi ingesti, bisogna diminuirne la quantità, sostituendo pane, e grano. Se vi sarà deficienza dei globuli rossi del sangue che sono i veicoli dell'ossigeno si ricorrerà alle preparazioni di ferro, aria buona, ecc. Come pure si potranno tentare le inalazioni di ossigeno, sostanze ricche di esso come il clorato di potassa; gioveranno anche a questo scopo gli alcalini.

Se vi ha torpore al fegato, si darà mercurio, podofillina, ecc.

L'Autore chiude dicendo che tale metodo è destinato a soppiantare il, secondo lui, già troppo in voga metodo di cura arsenicale.

La cura generale però deve essere sussidiata dalla locale.

Della sclerodermia. Lezione del prof. M. Hardy. (*Gaz. des Hôpitaux*, marzo 1877).

L'Autore fa della sclerodermia tre classi tipiche separate: cioè la sclerodermia edematosa, quella a placche, e quella delle estremità.

Nella prima caratteri distintivi sono una durezza e gonfiezza della cute e del tessuto cellulare sottocutaneo, da chiamarsi edema duro; la localizzazione delle manifestazioni cutanee per lo più alle gambe, sebbene si trovino anche sparse pel corpo; la nessuna alterazione della

sensibilità; l'assenza delle macchie pigmentarie e vascolari. Questo tipo somiglia allo sclerema dei neonati.

Nella seconda classe tipica, che è quella della sclerodermia a piastre vi ha di caratteristico che le chiazze occupano tutte le parti del corpo, e possono essere di varia grandezza, multiple od uniche, depresse, di color bianco e della consistenza del cuojo. Le placche col moltiplicarsi si estendono, sebbene questo sia di rado, e si toccano, si confondono insieme, occupano grandi superficii, mummificando quasi la pelle sulle ossa sottoposte, e quando la malattia prende il volto vi dà il vero aspetto retratto che hanno le mummie, senza che la pelle perda delle sue funzioni e della sua sensibilità. Vi sono in questo tipo le macchie pigmentate e vascolari.

La sclerodermia delle estremità è per lo più limitata agli arti superiori, ed allora senza che siavi lesione di superficie le dita si affilano, si impiccoliscono e principalmente le ultime falangi, che vengono ridotte piccolissime, le unghie si perdono in gran parte, le articolazioni si deformano e si piegano ad angolo retto per lo stiramento dei tendini, senza anchilosi e fusione dei capi articolari. La cute resta stirata sull'ossatura, si indurisce e prende un color violaceo. Sul palmo della mano si vedono spesso delle macchie, vescicole o bolle che rompendosi lasciano piaghe superficiali che presto cicatrizzano senza compromettere i tessuti cutanei.

Questi sono i tre tipi diversi di Hardy, però l'identità morbosa di essi tipi è ammessa perchè in tutte e tre si osservano macchie pigmentarie sparse qua e là sul corpo.

La diagnosi di questa malattia sebbene facile pure può essere confusa con quella della lebbra, dell'asfissia e cancrena dell'estremità, della gotta deformante e del keloide. L'Autore ne dà i caratteri distintivi che agevolano moltissimo lo schivare l'errore.

Quanto all'anatomia patologica sembra che egli si attenga alle opinioni già espresse in proposito da Lagrange e Vulpian.

La cura preferibile è quella dei tonici e dei bagni.

Le storie riferite sono in numero di due.

Lezioni sull'erpete nevralgico degli organi genitali; di C. Mauriac. (*Gaz. des Hôpitaux*, N. 7 e seguente, 1876).

Sono sette i casi studiati dall'Autore:

Osserv. 1.ª — Un uomo di anni 38, robusto, ebbe tre anni prima un ulcero infettante. Nel 1870 vide un' eruzione erpetica al solco balano-prepuziale, che dopo si ripetè accompagnata sempre da senso di bruciore alla parte che a poco a poco aumentò al punto da non tollerare le vesti. Vi si aggiunse aumento delle sofferenze in forma di accesso, le glandule inguinali si fecero grosse e dolenti e le vescicole erpetiche si ulcerarono. Tre giorni dopo l'ammalato soffrì un senso di malessere di pesantezza e di contusione a tutti i muscoli della natica sinistra, con senso di correnti di freddo o di calore allo scroto ed al perineo, e do-

lore istantaneo producente la cosidetta pelle d'oca. Le erosioni intanto erano stazionarie, ma i dolori avevano invaso anche la coscia corrispondente, e dopo alcuni giorni gli arti inferiori principalmente il sinistro con senso di contusione ai lombi e alle coscie posteriormente e principalmente alla sinistra, con dolori istantanei fortissimi che dal femore giungevano fino al piede. A mano a mano però i sintomi tutti si ammansarono, le anestesie scomparvero per le ultime, le ghiandole si risolsero completamente, ed in tre settimane l'ammalato fu guarito. Nell'anno seguente il paziente ebbe una seconda eruzione di erpete a sinistra della cicatrice ombilicale preceduta questa da fenomeni di nevralgia e di contusione ai lombi al sacro alla natica sinistra ed alla piegatura ischio-femorale, accompagnati da punti di iperestesia, e da ingrossamento delle glandule inguinali. Col comparire dell'eruzione questi sintomi calmarono ed indi scomparirono in breve. Nell'anno dopo fuvvi nuovo accesso susseguito da una sola vescicola di erpete all'ano. Indi altre tre eruzioni di erpete al prepuzio coi soliti sintomi nevralgici.

Osserv. 2.ª — Un uomo di 31 anni, ebbe a soffrire cinque blennorragie accompagnate da reumatismo articolare blennorragico una volta anche grave. Questo individuo allorchè si presentò alla visita presentava iperestesia alla corona del glande accompagnata da dolori che irradiavansi fino agli inguini. Il punto più doloroso però era al glande ove vedevansi 5 o 6 vescicole di erpete già quasi disseccate sul prepuzio.

Osserv. 3.ª — Un uomo di anni 21, robusto, che aveva avuto malattie sifilitiche e blennorragiche delle quali però era guarito si ammalava improvvisamente per dolori a fitte che dal glande discendevano allo scroto e da questo risalirono a quello. Dopo 48 ore accusò tumefazione al margine del prepuzio con dolore al tatto, susseguita da eruzione di parecchie bolle di erpete, e dietro questa i dolori cedettero di intensità, per rifarsi ancora forti due giorni dopo ed allora si estesero al perineo, all'ano, all' ischio ed alle coscie, e perfino nella gamba e piede, con punti qua e là d' iperestesia acutissima. Questi fenomeni durarono fino alla ventesima giornata nel quale tempo essendo già molto attenuati guarirono presto col guarire delle erosioni erpetiche.

Osserv. 4.ª — In un uomo di 40 anni, due giorni dopo un coito sospetto si manifestò un' eruzione erpetica alla superficie interna del prepuzio, accompagnato da formicolio all' arto inferiore destro, che presto si cambiò in vere punture dolorosissime, disturbi di sensibilità la sede variabile e che ricorrevano ad accessi, per cui anche tutti i bulbi dei peli divennero dolorosi. In una giornata attorno all' erosione si manifestarono due gruppi distinti di vescicole d'erpete, che essiccando dopo alcuni giorni fecero pure diminuire i fenomeni nevropatici, solo restarono fino alla completa scomparsa delle crosticine, e guarigione delle vescicole i fenomeni di anestesia che allora scomparvero anch'essi.

Osserv. 5.ª — Un individuo di 40 anni, soggetto a quanto pare a diatesi artritica, alla quale sembrano soggetti altri membri di sua fa-

miglia, da varii anni va soggetto all'eruzione erpetica del prepuzio, e questa è sempre preceduta da iperestesia quasi piacevole della metà destra degli organi genitali, della regione iliaca ed ischiatica, e della parte anteriore della coscia, che però si cambia dopo poco tempo in una sensazione dolorosa, che prende oltre questi punti l'ano, il perineo, l'uretra la quale produce erezioni dolorosissime, durano così questi fenomeni per 4 o 5 giorni finchè compare l'erpete ed allora i dolori diminuiscono a poco a poco.

Osserv. 6.ª — Un uomo con diatesi artritica cominciò a sentire un senso di contusione alla gamba destra che si convertì in dolore e si estese al piede, alla coscia ed alla ripiegatura della natica corrispondente; dopo 24 ore accusò disturbi di ventre, emicrania e febbre, e dopo 12 ore si sviluppò bruciore al pene accompagnato da eruzione di un gruppo di vescicole erpetiche che guarirono in sei giorni; i sintomi nervosi andarono mano mano decrescendo fino alla guarigione

Osserv. 7.ª — Altra volta lo stesso individuo in seguito a causa reumatizzante si ammalò per senso di malessere e punture e bruciore alla metà destra dello scroto che si propagò al pene, al perineo, natica, e si complicò con alterazioni di sensibilità cutanea, le quali furono seguite nel giorno dopo da eruzioni erpetiche al prepuzio, che essendosi ingrossate produssero anche fenomeni irritativi alle ghiandole inguinali. I fenomeni nervosi già attenuati dopo l'eruzione scomparvero alla guarigione di questa.

L'Autore ammette anch'egli che l'erpete non è altro che un disturbo di nutrizione della pelle determinato da lesioni o spontanee od accidentali di certi tronchi del sistema nervoso trofico per irritazione dei gangli spinali.

Etiologia. — In prima linea colloca l'Autore, fra le cause predisponenti dell'erpete nevralgico dei genitali la diatesi artritica, e subito dopo la diatesi erpetica. La sifilide non sarebbe che un' intermediaria, agirebbe come causa occasionale rendendo viva la disposizione occulta.

Verrebbero in seguito il diabete, le emozioni morali e il neurosismo speciale, e quello stato affatto particolare di alcuni individui che il Mauriac chiama reumatico catarrale, per la quale essi subiscono facilmente le variazioni atmosferiche. Non vi sarebbe alcuna causa locale od efficiente degna di rimarco.

Patogenesi. — L'erpete nevralgico non è che una specie di zooster. A questo proposito l'Autore si riferisce agli studii di Charcot, di Brown-Sequard, di Danielssen, di Esmarch, e di altri che contribuirono a dimostrare la forma di alterazione anatomo-patologica dello zoster; riferisce in seguito le opinioni di Hebra in contrario che l'Autore ribatte, venendo da ultimo alle seguenti conclusioni:

1.° Fra gli erpeti che attaccano i genitali, ve ne ha uno che presenta una distinta forma di nevralgia.

2.° Il dolore precede l'eruzione erpetica di 24 o 36 ore, senza che sia dato vedere il punto in cui apparirà.

3.° Per lo più l'eruzione serve di crisi al dolore, però esso qualche volta persiste.

4.° L'eruzione erpetica è sempre un fenomeno secondario, il fenomeno primitivo è la lesione nervea come lo zoster.

5.° L'analogia della forma sintomatica fra lo zoster e l'erpete nevralgico dei genitali è tale che autorizza ad ammettere l'identità della lesione.

6.° È probabile che un processo iperemico del plesso sacrale sia la lesione anatomica generativa dell'erpete nevralgico dei genitali.

7.° Questo processo iperemico più sparso e più superficiale di quello che avviene nello zoster, attacca di preferenza i filamenti sensitivi anzichè i trofici, e particolarmente quelli del nervo pudendo interno.

8.° Il plesso sacrale può essere affetto al tempo stesso a destra ed a sinistra, ma ordinariamente i fenomeni nevropatici ed eruttivi sono predominanti da un lato solo.

9.° Non avendo dati anatomici non si possono fare che ipotesi sulla precisa sede del processo iperemico del plesso sacrale, in modo speciale però sono attaccate le branche nervose che vanno al pene, allo scroto ed al perineo.

10.° L'irritazione iperemica deve dipendere da una disposizione costituzionale dell'organismo.

11.° La diatesi che più vi predispone è l'artritica, che in questo sorpassa l'erpetica.

12.° L'esistenza di una causa costituzionale spiega le recidive dell'erpete genitale che non sarebbe che l'espressione della diatesi artritica ed erpetica, e di uno stato accidentale reumatico-catarrale che si fissa sotto forma di iperemia sul plesso sacrale, sulle sue propagini terminali, e sull'estremità inferiore della midolla spinale.

13.° Tutte le cause locali dalle quali si vorrebbe dipendente l'erpete sono insufficienti da solo a produrlo direttamente; esso non è l'effetto di un'irritazione locale; la causa accessoria non agisce che suscitando la predisposizione generale e dirigendo la sua azione sulla mucosa glando-prepuziale; questa azione stessa non si sviluppa sui tessuti che per l'intermezzo di un processo iperemico o cellulare, che risiede nel neurilema e modifica la modalità funzionale delle fibre sensitive delle cellule e delle fibre trofiche.

Si diffonde ancora l'Autore sulla sintomatologia di quest'affezione, ciò che noi abbiamo veduto nelle osservazioni cliniche su riportate, nelle quali abbiamo cercato, per quanto succinte sieno, di non defraudarle dei caratteri sintomatologici essenziali.

Quanto alla diagnosi e alla cura nulla vi è di particolare.

Della purpura jodica; di Al. Fournier. (*Revue mens. de med. et de chirurg.*, 1877).

L'Autore già da tempo rivolse l'attenzione ad un' eruzione in forma petecchiale che vedeva negli ammalati che prendevano i preparati jodici. Questa forma che Fournier chiama fenomeno raro non è molto frequente perchè fra i tanti ammalati in cura col joduro di potassio, non ne vide che circa 15 avere l'eruzione di cui è parola.

Essa apparisce in alcuni individui predisposti sotto l' uso di poche dosi di joduro di potassio, e quando questo medicamento venga accresciuto nella dose, o quando l' individuo lo ripigli dopo averlo abbandonato per qualche tempo. Si manifesta sotto forma di piccole macchie sotto epidermiche di color rosso-sanguigno, e che non scompajono alla pressione col dito. D'ordinario occupa la parte mediana delle gambe, ma piuttosto anteriormente che posteriormente. L' eruzione è di forma *discreta* non sorpassando le macchie quasi mai il numero di 50 o 60; e sono migliariformi della grossezza di un grano di miglio o di una testa di spillo, ben delineate e nette di contorno. Lo stato generale non vi partecipa, nè si ha reazione locale, talchè danno nessun fastidio agli ammalati, e scompariscono in due o tre settenarii.

L'Autore nell'eziologia vi vede una predisposizione individuale dell'ammalato che prende il joduro, somigliante a quella per cui altri sotto l'uso dei balsamici patiscono di roseola, di acne jodica sotto quella del joduro, o a certi esantemi per l'arsenico, ecc.

Fatto curioso di eruzione oppiacea; di Apolant. (*Berlin. Klin. Wochenscrift*, 1877).

È la storia di un individuo che sotto l'uso di pochi centigrammi di morfina fu affetto dall'eruzione che l'Autore così descrive:

Le palpebre erano gonfie, edematosa la faccia, vaste elevatezze rosse somiglianti a quelle dell'orticaria ma molto più grandi si vedevano sulle mani e sul corpo. Dopo cinque giorni si aveva desquammazione con distacco di grandissimi lembi di cute. Otto giorni dopo il paziente era ancora coperto di nuova eruzione di orticaria, però meno intensa che la prima, e che terminava anch'essa per desquammazione.

Il paziente aveva avvisato l'Autore di questa sua idiosincrasia pei preparati di oppio, e la prima volta prendeva la morfina senza saperlo. La seconda eruzione susseguiva alla semplice inalazione della mistura che conteneva questo rimedio, non avendo voluto l'ammalato prenderle per bocca per i suoi effetti sulla pelle.

BIBLIOGRAFIA

SORESINA G. B. — **Ricettario**. *Appendice III ed ultima al Ricettario*, 1875. (Milano, Rechiedei 1878, 8° pag. 388).

Non siamo, a dir il vero, gran fatto amanti dei *Ricettarj* poichè essi aprono la via alla medicina sintomatica, e quindi alla polifarmacia, della quale abbiamo fatto tanto per liberarci. Il buon medico sa se sia possibile contrapporre ad ogni male il rimedio, quasi che noi avessimo specifici, e le malattie fossero entità semplici, definite, immutabili o non piuttosto processi, che si svolgono in mezzo a diversissime condizioni, le quali arrecano varietà nella forma, nell'andamento, nelle successioni, negli esiti e di conseguenza ancora nelle indicazioni e nella cura. La medicina *à tiroirs*, come la dicono i Francesi, sì facile a dare patente di morbo ai sintomi, di necessità diviene prolifica di ricette; tante debbon essere queste quante sono le caselle di quelli.

Nondimeno non bisogna spingere il rigore sino al punto da negare la possibilità e l'utilità d'un libro, che in mezzo alle difficoltà dell'arte, ricordi i più efficacj rimedj, i migliori modi di amministrarli; sarebbe lo stesso che dire inutili i Dizionarj medici, sebbene tutti vadano d'accordo nel giudizio che la materia della Patologia, della Farmacologia, ecc. va ordinata non con la successione alfabetica, ma con criterj desunti dalla natura stessa degli oggetti e dalle intime loro affinità.

Posto dunque debbansi concedere, *humanae infirmitati compatientes*, i Ricettarj, procuriamo almeno siano buoni.

E lodevole per diligenza nel raccogliere e disporre il copioso materiale è questo dell'egregio dott. cav. Soresina, il quale con esso dà la terza ed ultima appendice al *Ricettario* da lui pubblicato nel 1875 con lo scopo soprattutto di *fornire un soccorso alla memoria per l'esercizio pratico della professione, pigliando a guida i lumi della scienza odierna ed i metodi più razionali.*

Nella I Parte v'ha il *Ricettario per ordine alfabetico dei morbi*, nel quale vediamo de' principali stati morbosi tenersi conto della varia forma e delle molteplici condizioni acciocchè la cura riesca per quanto è possibile appropriata alle singole indicazioni; valga l'esempio della dispepsia, la quale troviamo distinta in *dispepsia con acidità di stomaco*, *atonica*, con *atonia intestinale*, con *clorosi*, *biliare*, con *irritazione gastrica*, *infiammatoria*, *duodenale*, *flatulenta*, con *palpitazione*, con *lingua sporca* ed *inerzia funzionale del fegato*, con *stitichezza*, con *cardialgia*.

La Parte II comprende i *Rimedi nuovi e le nuove azioni terapeutiche constatate in alcuni rimedi già in uso*, e si apre con l'articolo *Metalloscopia* « con un sussidio terapeutico, cioè, il quale, dopo di avere percorsa un' esistenza sempre stentata, e di essere stato quasi onninamente abbandonato dai pratici ci offre ora la sorpresa di ricomparire

nel campo terapeutico, pieno di vita, rigoglioso, e promettente splendidi risultati. » Quindi è dato per intero il *Rapporto fatto alla* Société de Biologie, *a nome di una Commissione composta dei signori dottori Charcot, Luys, Dumontpellier, relatore, sulle esperienze instituite all'ospedale della Salpêtrière, relativamente all'influenza dell'applicazione di diversi metalli sulla pelle nei casi d'anestesia.* L' occasione era opportuna per citare, quand'anche pienamente non si approvassero, i lavori del Maggiorani sulla *magnete ed i nervosi*; ma noi Italiani siamo così, abbiamo buona memoria per le cose forestiere poca per le domestiche! (Maggiorani Carlo. « La Magnete e i nervosi. » Palermo 1869. — « Illustrazione di un caso di nevralgia oculare combattuta e vinta coll'applicazione della magnete. » Roma 1876 negli *Atti dell'Accademia Medica di Roma* anno I. — Ferri Paolo. « Sull'azione del magnetismo minerale sul corpo, umano. » Pesaro 1874. — Bacchetti. « Calamita nel Dizionario delle Scienze Mediche. » Milano 1872, I, P. II 342).

Ma la Parte più importante del libro del dott. Soresina è senza dubbio la III scritta dal prof. Coletti di Padova, la quale tratta della *cura dei veneficii secondo la scuola tossicologica italiana*, italiana « non perchè i principii che la informano sieno seguiti dalla pluralità degl' italiani, ma perchè la loro origine e il campo ove si esercitarono furono prettamente italiani » (p. 273). La quale terapia tossicologica italiana (di cui è principale merito l'avere ridata la cura del veneficio al medico, togliendola al chimico, che se n'era fatto padrone), non si fonda, dice l'Autore, sull'antidotismo specifico, sulla neutralizzazione chimica, ma sull'antagonismo biologico e sul metodo compensativo. « Il veneficio è un fatto biologico, la cui cura si fonde sull'antagonismo di azione dinamica, diffusa in tutto l'organismo mediante l'assorbimento e la circolazione; esso non si compie che nell'organismo vivente, appunto in quanto è vivo. L'antidotismo è un fatto chimico, e si fonda sulla neutralizzazione chimica di sostanze che hanno tra loro affinità; esso si compie fuori dell'organismo, e se si tenta nell'organismo, esso non si effettua nell'organismo in quanto è vivo, ma indipendentemente affatto dalla vita. Esso potrà forse raramente prevenire, non curare il veneficio (p. 275). » Eppure quale benefizio se si giungesse così ad antivenire il male! Ma pur troppo questo va pur sempre più spedito del rimedio, ed anzi sì rapidamente che l'antidoto giunge le più volte come il soccorso di Pisa. Quale antidoto, diciamo noi, più alla mano, più pronto, più efficace, chimicamente parlando, del cloruro di sodio rispetto al nitrato d'argento? Nondimeno esso ci falla negli stessi nostri laboratorj, dove veleno e contravveleno possono farsi susseguire per modo da non rimanere quasi tempo di mezzo, o per lo meno con tanta sollecitudine, che nelle comuni circostanze certamente non può nemmeno sperarsi. Così lo Schroff vide morire un cane malgrado che il cloruro di sodio fosse stato amministrato non più tardi di cinque minuti del nitrato d'argento; e ad altro cane cui venne dato prima l' antidoto, poscia il

veleno; la morte non venne evitata, ma soltanto ritardata; ed anche il ritardo potrebb'essere semplicemente effetto della minor dose; il nitrato d'argento essendo stato dato questa volta alla dose non di 1 grammo come prima, ma soltanto di mezzo grammo sciolto in acqua distillata. E posto ancora non vi fosse la difficoltà del tempo, s' avrebbero poi nell'organismo vivente tutte le altre condizioni necessarie perchè sia reso incapace il veleno di nuocere, siccome fuori dell'organismo stesso è dato di avere? L'acqua acidula satura del principio venefico dell'agarico bulboso, tenutovi in macerazione, diviene innocua, secondo che afferma l'Oré, filtrando attraverso la polvere di carbone animale. Ma a questo mezzo meccanico affideremo noi la cura de' funghi venefici; potremo noi tramutare lo stomaco in un apparecchio *a spostamento*? Non si creda per altro, continua il chiarissimo Autore, che la terapia tossicologica italiana, nel curare il veneficio, sia così improvvida e disappensata da rimanersene inoperosa, finchè il veleno non abbia manifestato i suoi effetti nell'organismo mediante l'assorbimento; essa pure attende ad espellere previamente il veleno dall'organismo, ma differisce da altri metodi di cura, così nel modo come nel tempo (p. 275). E però egli ammette un' azione *locale* e un' azione *diffusa* o *generale*; ma nel concetto del professore di Padova quella presso che intieramente scompare, poichè a parer suo non debbon esser inscritte nella triste famiglia dei veleni *tutte quelle sostanze che si accolgono nel gruppo degl' irritanti; degli acri, dei corrosivi, che esercitano un' azione prevalentemente locale, o se anche assorbite, non devono all'assorbimento la precipua e deleteria loro azione.* E ciò perchè egli, tenendo ferma la dottrina del suo maestro Giacomini, riguarda l'assorbimento come *condizione imprescindibile di ogni azione così medicamentosa come venefica*; donde la conseguenza di non ammettere quali avvelenamenti i *traumi*, *le violente combinazioni de' caustici con i principii dell' organismo*, nello stesso modo ch'ei non può ammettere fra i veleni l'acqua o l'olio bollente, il vetro pesto o il piombo fuso (pag. 279). Non è qui il luogo d' esaminare se questo modo ristretto di considerare il veleno e il veneficio sia il migliore, quando già dall'altro estremo si giunge a dire veleno *omne id quod naturæ nostræ quoquomodo adversum est*; in oltre sarebbe pure da distinguere il veleno ed il veneficio nel significato meramente tossicologico e nell'altro convenzionale, che gli appone la medicina legale, di riunire cioè al carattere essenziale dell'*eseguità della dose*, la possibilità di introdursi insidiosamente (*clam, occulte et per insidias*) nelle interne parti del corpo umano. Ma comunque si pensi in proposito, resta per altro che non può al tutto uguagliarsi l'azione dell'acqua o dell'olio bollente e del piombo fuso, i quali operano unicamente per effetto del calore, siccome del vetro, agente puramente meccanico, con l'altra dei caustici propriamente detti, che in vario modo e con diversi atti chimici distruggono i tessuti, dando pur luogo a nuove combinazioni. Anche sarebbe da guardare se quelle neutralizzazioni ed azioni chimiche, le

quali non poterono compiersi ne' primi momenti del veneficio, non possano aver luogo più tardi, e in seno agli stessi tessuti, quando sia il caso di metalli che lentamente si eliminano, e si depositano nell'economia (mercurio, antimonio, piombo, *organodepositorische* di Köhler). Lo iodio, il bromo, il cloro distinti come *organodecursori*, non solamente accelerebbero gli intimi scambj della materia e i processi di disassimilazione, ma riescirebbero a formare, secondo Melsens ed altri, composti solubili. In sostanza la cura del veneficio il più delle volte è una cura indiretta e che per conseguenza può ottenersi per varie guise e con espedienti diversi: come ne' morbi di rapidissimo corso e che attentano alla vita offendendola negli stessi suoi centri, è principalmente lo stato delle forze che ha da aversi di mira; le altre indicazioni rimpetto a questa massima e prevalente divengono secondarie; nondimeno esse pure hanno importanza, nè poca soprattutto nella cura consecutiva. Pertanto se all'*antica scuola italiana* (*antica* in modo relativo, perchè oggi tutto più facilmente invecchia) fu fatto merito d'aver combattuto la cura chimica del veneficio, noi ne faremo uno maggiore alla *moderna scuola*, che propugni la cura razionale degli avvelenamenti, la quale sarà *biologica e chimica*, secondo l'opportunità e i vari momenti del morbo esigono. Nel qual voto avremo consenziente non v'ha dubbio, il Prof. Coletti.

Dobell Horace. — **Reports on the diseases of the Chest. Assisted by numerous and distinguished coadjutors in different parts of the world.** Volume III, June Ist 1876, to June Ist 1877. London, Smith Elder et Co., Waterloo Place, 1878, pag. 438.

Il 1.° volume apparve nel 1875 e nell'anno dopo il 2.°: entrambi furono bene accolti. Le informazioni riguardano l'anatomia, fisiologia, patologia, etiologia e terapeutica degli organi che hanno sede nel petto e degli altri che vi hanno diretta correlazione (*and their immediate associates*), comprendono le seguenti regioni: Austria ed Ungheria, Australia, Caffreria inglese, Canadà, China, Francia, Germania, Italia, Giappone, Russia, Spagna, Gran Brettagna e Irlanda, Stati Uniti d'America. La relazione sull'Italia è fatta dal dott. Wahltuch e va dalla pag. 70 alla 104, ed è suddivisa in capitoli:

Anatomia e fisiologia (lavori di Paladino, Chirone, Bizzozero, Peyrani C., Mercurio G. A., Mosso A., Polli).

Diagnosi. (Labus, Baccelli, Pentimalli).

Etiologia. (Mazzotti).

Patologia. (Bizzozero, Foà, Colomiatti).

Clinica medica e chirurgica. (Brigidi, Ghinozzi, Annelli, Maroni, Serra, Albertazzi, Galli, Cantilena, Mazzoni C., Massari, Sacchi, Bozzolo, Galignani, Ghiglia, Donati, Labus, Bulgheri, Gregorelli, Marcacci G., Mucci).

Materia medica e terapeutica. (Billotti, Fera, Pavesi, Ferrini, Mar-

chionneschi, Merlini, Davide, Lombardo, Chiricozzi, Corona, Angrisani, Curci).

Elettroterapia. (Viganoni, Franzolini, Omboni, Verardini).

Igiene. (Franchi).

Medicina legale. (Tamburini).

Bibliografia. (Massei Ferdinando, *Patologia e terapia della laringe*, ecc.).

Miscellanea. (Mattei, *Correlazione fra il polso cardiaco e il sesso del feto.* — Pacini, *Respirazione artificiale*).

Handbuch und Atlas der Topographischen Percussion; del professore Adolfo Weil in Heidelberg. (Leipzig, 1877).

È un bel volume in 8⁰ di 183 pagine con incisioni in legno e 26 tavole. Dividesi in due parti: la parte generale e la parte speciale. Nella prima espone la teoria dei suoni plessici, il metodo con cui si deve praticare la percussione, parla della percussione debole e della percussione forte, finalmente del modo con cui si debbono tracciare sulla cute le linee corrispondenti ai limiti degli organi interni. Nella seconda parte insegna la percussione degli organi che si contengono nella cavità del torace ed in quelle dell'addome ad eccezione dell' utero e delle ovaja. Prima indica i limiti di ciascun organo nello stato normale, poi passa ad esporne le anomalie che s' incontrano nello stato patologico. E questa seconda parte torna interessante specialmente per le tavole che vengono ad illustrarla. Tutte rappresentano fatti tratti dal vero molto chiaramente ed elegantemente. Di questo libro la parte proprio utile, è l'atlante, perchè nel resto l'Autore non offre nè ricerche originali, nè metodo espositivo, nè altra qualunque novità o circostanza, per cui tutto il libro acquistare poteva maggiori titoli per essere annoverato tra le memorabili opere della letteratura moderna. Secondo noi l'egregio Autore avrebbe meglio soccorso al bisogno degli studiosi quando si fosse prefisso di mettere insieme un semplice atlante, in cui dopo le figure anatomo-topografiche dei visceri e relative spiegazioni, seguissero quelle sue tavole con cenni illustrativi, nelle quali sì bene si vedono i limiti dei varii organi e le loro alterazioni patologiche. Se male non ci apponiamo il nostro pensiero deve essere balenato anche nella mente dell' Autore. Il quale dopo tutto nel suo libro ha iniziato un' opera che potrà ripresentarci in seguito più completa e senza dubbio di grande ajuto per chi deve intraprendere lo studio della percussione. De-Giovanni.

Die Anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien des Menschen; von doct. F. W. Beneke. (Marburg, 1878).

Come il titolo, così tutto il lavoro, che in questa pubblicazione offre il chiarissimo Autore, è nuovo ed interessante. Il tema che si propone è derivato in parte del moderno anatomismo, in parte da una somma di considerazioni, tutte fatte nel campo della medicina pratica,

e tutte figlie di un concetto che è pure nelle aspirazioni della clinica — trovare la ragione della particolare modalità, che veste in ogni caso la malattia. Infatti l'Autore si propone di scoprire quanto le anomalie di costruzione e di volume dei singoli organi concorrano a generare certe malattie costituzionali, oppure a favorire lo sviluppo ed il decorso di altri fatti morbosi. Mentre, dice l'Autore, in ogni malattia facciamo calcolo delle note cagioni e si sta paghi delle cause immediate dei fenomeni morbosi, dobbiamo invece tendere a riconoscere la efficienza di altre più lontane cagioni, considerando lo stato primordiale originario dell'organismo; dobbiamo vedere se quel vizio, o quella tale impronta costituzionale, o quel modo di comportarsi della malattia hanno la loro ragione nello sviluppo particolare degli organi. Così l'anatomia patologica diventerà, nel modo e nella misura che sono possibili, anche studio patogenico.

Come ognuno comprende, Beneke completa e generalizza ciò che prima di lui qualche altro aveva tentato nello studio di taluna infermità (Virchow), allarga l' orizzonte della moderna patologia e sistemando il suo concetto nelle indagini di tutti gli organi per ispiegare i fenomeni morbosi, incarna nella patologia stessa uno dei principi fondamentali della storia naturale, che nelle leggi della organizzazione e nella correlozione delle funzioni addita la ragione di essere di tanti fenomeni biologici. Non sappiamo se Beneke avesse nella mente di tali idee quando imprendeva le sue prime ricerche; non ne parla e sembra invece, che dalla convinzione generica intorno al valore di esse, fatte su larga scala, sia venuto a risultati che promettono un buon progresso per la patologia. Per questo le sue ricerche stesse hanno in fondo piuttosto l' importanza e l' impronta di fatti empirici, che non di sottigliezze scientifiche. Tuttavia i risultati racchiudono anche un valore scientifico, che, se procederanno le indagini su questo indirizzo, certo si scoprirà e farà giustizia della qualità dell'elogio che or ora abbiamo di buon grado diretto all'Autore. Il quale, avvegnachè dia grandissima importanza allo sviluppo degli organi, non si dissimula che molti fenomeni, che riguardano le malattie costituzionali, dal solo anatomismo non possono avere esatta ed intera spiegazione. Questo pure sia accolto come prova di lodevole temperanza, per la quale l'Autore è per lo più trattenuto dalle forzate conclusioni.

Beneke, esposto il piano del suo lavoro, dimostrato il metodo che tenne nel misurare il volume e la capacità dei vari organi, entra in materia la quale è distribuita in 8 capitoli: cuore, arterie, polmoni, laringe e trachea, fegato, milza, reni, lunghezza del corpo. Ogni capitolo si divide in due parti: nella prima si indaga il volume assoluto e relativo dell'organo nello stato fisiologico; nella seconda il volume assoluto e relativo dell'organo nello stato morboso e specialmente di natura costituzionale. Un lavoro di questo genere doveva quindi riuscire pieno zeppo di cifre e queste stanno distribuite in 61 tavole, ciascuna delle

quali rappresenterebbe il materiale che serve di base alle proposizioni, che mano mano annuncia l'Autore.

Non è possibile in un cenno bibliografico informare di tutta quanta, come che epilogata, la materia. Tuttavia ci studieremo di ritrarre le linee più salienti e fedelmente, affinchè si possa comprendere e la mente dell'Autore e la importanza degli argomenti. Seguo l'ordine da esso tenuto.

Cuore. — Il volume di questo organo nel 1° anno di vita aumenta discretamente; questo aumento è minore mano mano si avvicinano gli anni della pubertà; con questa il volume del cuore si fa maggiore. All'epoca della pubertà, l'aumento del volume del cuore si comporta come nei primi 3 anni della vita. Se la pubertà è rapida può l'aumento del cuore prodursi in misura da sorpassare quelle dei primi 3 anni della vita. Ciò costituisce un fatto nuovo (*Pubertösentwicklung des Herzens*). Il volume del cuore del bambino, messo in rapporto colla lunghezza dell'organismo, spiega perchè sia necessario che lavori più di quello dell'adulto. Stabilita la media del volume del cuore nell'adulto accenna alle differenze determinate dal sesso; ma in proposito si tiene in grande riserva abbisognando di un maggior numero di osservazioni.

In un uomo morto per insufficienza delle valvole aortiche trovò il cuore più voluminoso; il più piccolo in un bambino di 4 settimane morto atrofico. La congenita piccolezza del cuore è più frequente della congenita ipertrofia. Questa è più di quella frequentemente acquisita. L'anormale piccolezza congenita del cuore influisce sullo sviluppo di qualche malattia e sullo sviluppo generale del corpo; è riparabile se non conduce alla morte. Negli ulteriori periodi della vita trovò a mala pena esempii di piccolezza del cuore e sempre la trovò coincidere colle malattie polmonali ed il dimagramento generale più o meno pronunciato. Tuttavia non si deve dire che il piccolo volume del cuore stia in rapporto collo sviluppo della tisi; ciò apparentemente vale per alcuni casi ed in questi deve ritenersi ragionevole la pratica di combattere l'insorgenza della malattia col rendere più valida l'azione cardiaca, essendo da attendersi una necessaria modificazione anche nel ricambio materiale. Questione importante in casi consimili è se il cuore piccolo è congenito, oppure acquisito, procedente dalla generale atrofia. L'Autore ritiene sia congenito, perchè in alcuni dei predetti casi vide coincidere la piccolezza del cuore colla generale ipoplasia. Vi sono all'incontro altri casi in cui, malgrado la tisi avanzata e il notevole dimagramento, il cuore si conserva relativamente grosso. Abnorme grossezza del cuore ha pure constatato nei primordi della vita autonoma; la vide coincidere colla rachitide e la ritenne congenita. Ordinariamente i bambini soccombono; se campano portano la ragione di speciali sofferenze e dello sviluppo dell'ipertrofia cardiaca. Un tenue grado di grossezza del cuore si presenta anche nella fanciullezza ed anche qui accompagnata dalla rachitide. Anzi dei 19 rachitici che l'Autore ha esaminato nemmeno uno aveva

il cuore piccolo. Non può discorrere della ipertrofia congenita del cuore negli adulti, perchè non può addurre le prove; solo nei carcinomatosi ha constatato essere il cuore relativamente più grosso. Si comprende ch' è ben altra questione quella della ipertrofia acquisita.

Arterie. — Per ben conoscere il lavorio del cuore e la capacità del sistema vascolare è importante conoscere prima il volume di quello e la ampiezza di questo; altrimenti non si può istituire proficuamente un qualunque confronto tra l'uno e l'altro. L'Autore premette la ricerca del *massimo* e del *minimo* della circonferenza dei principali vasi arteriosi; poscia presenta il rapporto che passa tra l'ampiezza delle arterie e la lunghezza del corpo. Da questi dati risulta che il lume delle arterie nella fanciullezza sta in rapporto colla lunghezza del corpo. Il quale rapporto nella pubertà diminuisce e dopo la pubertà ritorna a quello di prima. Quindi nella prima età, sopra una data lunghezza del corpo abbiamo un cuore relativamente piccolo ed arterie larghe; durante la pubertà un cuore relativamente grosso ed arterie piccole. Su altri particolari che l'Autore accenna non ci diffondiamo perchè sono necessarie altre ricerche prima di poterli valutare. La strettezza delle arterie nell' epoca pubere dipende forse dal fatto che in quell'epoca tutte le parti del corpo si allungano (?). Il cuore dalla nascita alla pubertà accresce il proprio volume più che di 12 volte; le arterie nello stesso tempo non aumentano che 3 volte il loro diametro. Per conseguenza la pressione del sangue nella prima età è poca e sale lentamente fino alla pubertà, per crescere allora di molto e rapidamente. Fatti importanti se si rammentano le conseguenze che derivano nello scambio molecolare. Altro punto notevole: alla pubertà ed anche prima le arterie iliache hanno la stessa larghezza sia assolutamente che relativamente alla lunghezza del corpo come le arterie che sono destinate al capo ed alle estremità superiori; all' incontro questi ultimi nell' infanzia hanno maggiore calibro di quelle. Tali rapporti non passano indifferenti sullo sviluppo delle parti; nell' infanzia invero lo sviluppo del cervello, del cranio, dei denti è favorito dal maggiore contingente sanguigno; ma se successivamente non si modifica la suindicata relazione fra le parti anatomiche, resterà nell' individuo la stessa predisposizione alle malattie cerebrali, quale infatti caratterizza l' infanzia. L' arteria polmonale nella infanzia ha diametro maggiore dell'aorta, mentre dopo la pubertà e nell'età matura l' aorta nella maggioranza dei casi è di alquanto più larga della polmonale (e questo contrariamente a quello che scrisse Bizot). In vero nell' età infantile è più frequente la respirazione e la eliminazione dell'acido carbonico, come nell'adulto sono più facili gli aumenti della pressione venosa, quindi le iperemie epatiche, ecc.

La larghezza delle arterie sia considerata qual' è assolutamente, sia in relazione alla lunghezza del corpo, nei differenti individui presenta considerevoli differenze. Sono di grande interesse quei casi nei quali i rapporti tra il volume del cuore e l'ampiezza delle arterie, quali si tro-

vano nella età infantile, si conservano per tutta la vita, l'Autore cita due casi. Quivi il cuore si arrestò nello sviluppo, le pressioni arteriose si mantennero basse, l'organismo debole. Come bene si vede in ciò stanno le ragioni per la manifestazione di particolari anomalie costituzionali.

Perchè si possa dire ristretto il sistema arterioso bisogna misurare tutte le principali arterie e riportare il valore ottenuto sulla tavola in cui l'Autore raccoglie le medie normali. Arterie piccole per lo più si trovano in individui tisici ed in generale nei processi costituzionali affini alla tisi. Ciò nulla meno non ne sono *conditio sine qua non.* La strettezza delle arterie va associata per lo più a cuore piccolo, del resto si danno casi in cui il volume del cuore è normale. È singolare la coincidenza della strettezza delle arterie in tutti quelli che soccombettero al tifo addominale. L'Autore dice che in questi il cuore più facilmente cade in paralisi, anche se è di volume normale, per due ragioni; prima, perchè affatica maggiormente per sostenere la generale circolazione; secondo, perchè data la strettezza delle arterie, è minore la dispersione del calore, quindi nell'organismo si misurano le più elevate temperature e per conseguenza è sempre più facile la degenerazione del miocardio e la paralisi.

Le arterie possono offrire anche un diametro maggiore del normale. Questo fatto accompagna, meno poche eccezioni, le costituzioni carcinomatose. Anche nei rachitici le arterie sono di un calibro molto sviluppato, specialmente le carotidi; il che rende ragione dei fenomeni del capo. Il cuore pure sarebbe in questi individui molto sviluppato e tutto ciò associato, dice l'Autore, alla manchevole ed alterata funzione dell' intestino, spiega la idremia dei rachitici. È studiato anche il rapporto che passa tra il volume del cuore e l'ampiezza delle arterie nei cardiaci e risulterebbe che l' azione di quello, anche se ipertrofico, non porta necessariamente la dilatazione arteriosa, ammessa integra la nutrizione delle pareti.

Il rapporto di larghezza tra l'aorta ascendente e l'arteria polmonale nelle differenti anomalie costituzionali ha grande importanza. Questa emerge dal considerare come diversamente si stabiliscano le pressioni intravasali nelle varie sezioni a norma che il sistema aortico superi quello della polmonale e viceversa. Tre sono i processi morbosi presi di mira dall' Autore: la carcinosi, la rachite, la tisi. Quanto al carcinoma, ritiene che la prevalenza del sistema arterioso sempre coincida col suo sviluppo; ma che questi rapporti non conducano fatalmente al suo sviluppo se non sono favoriti da una speciale caratteristica dei succhi nutritivi. Quanto alla tisi polmonale, come sotto questa denominazione si raccolgono parecchi processi morbosi; così l'Autore annuncia che intende alludere solo a quella tisi che procede dalla peribronchite cronica e dalla pneumonite caseosa. Si comprende che in questi casi la mala influenza della maggiore larghezza della polmonale si manifesta solo perchè aumentando la pressione del sangue nei polmoni, vi favo-

risce il catarro e le croniche infiammazioni. Tra tisi polmonale e carcinosi esistono rapporti diametralmente opposti, per quello che concerne la larghezza dell'aorta e della polmonale. Il tubercolo succede ai primitivi focolai caseosi. Quanto disse Lebert sull'influenza della strettezza della polmonale nel generare la tisi non si può accettare, perchè non è basato sopra misurazioni e dati di confronto.

È maggiore l'influenza del cuore o delle arterie? Quanto più è sviluppato il cuore rispetto alle arterie, tanto maggiore è la pressione sanguigna in queste; e quanto più presto si sviluppa il cuore, tanto più sollecita, florida e completa è la pubertà. I dati di Virchow circa la strettezza delle arterie nella clorosi non sono frutto di misurazioni sopra i maggiori vasi; d'altronde non è la strettezza delle arterie che influisce specialmente sullo sviluppo della pubertà. Quando bene si consideri la cosa, si comprenderà che la piccolezza del cuore, la strettezza delle arterie ritarderanno lo sviluppo degli organi genitali; ma nella clorosi è alterata anche la crasi sanguigna. Su questa agisce la funzione epatica.

Polmoni. — Il volume del polmone, anche negli individui affatto sani sembra presentare moltissime oscillazioni. Tra i due sessi esistono differenze anche più marcate che per il cuore. Il maggiore sviluppo dei polmoni si verifica nei 3 primi mesi della vita. Se nello stesso periodo il cuore cresce di 1[5, i polmoni crescono di 5[7-7[8. Dal 2° al 14° anno l'aumento dei due polmoni avviene in modo presso che uguale. Rallenta lo sviluppo dei polmoni, come quello del cuore dal 7° al 14° anno. Annualmente i polmoni crescerebbero di 1[15-1[12. Durante la pubertà provano un altro considerevole aumento, del resto non eguale a quello del cuore. È importante questo fatto quando vi coincide la strettezza relativa della polmonale in confronto coll'aorta: dal lato igienico e patologico derivano utilissime considerazioni. Il differente grado di sviluppo che offrono il cuore ed i polmoni nei vari periodi della vita, costituisce un fatto che deve essere preso in esame dalla patologia; tanto più che la fisiologia ha registrato quello che nell'infanzia e nell'età matura è caratteristico ed alcune funzioni che sono in rapporto colla circolazione generale e polmonale.

I polmoni più piccoli che ha misurato l'Autore sono di poco più della metà del volume normale, essendo del resto sanissimi. Puossi dunque mantenere regolare la esistenza anche coi polmoni che hanno un volume inferiore di 1[3 del normale. Si domanda a quale malattia dispone la piccolezza dei polmoni? Negli adulti i polmoni più piccoli coinciderebbero col cancro, colla tubercolosi addominale e con altre malattie accidentali. Tale piccolezza polmonale può essere accidentale e può essere acquisita, o per diffetto di sviluppo, o per malattia, o per atelectasia esistente fin dall'infanzia. Anche i bambini rachitici hanno polmoni piccoli. È poi notevole il fatto, come la maggior parte dei fanciulli rachitici muoja per malattie polmonali e come queste coincidano con una

maggiore ampiezza della polmonale. In una tavola sono espressamente esaminati i polmoni di individui tutti carcinomatosi e dalle raccolte cifre si desume che realmente il deficiente sviluppo di questi organi coincide sempre coll'affezione carcinomatosa nell'organismo.

Quanto al maggiore volume del polmone si nota, che incontrasi molto frequentemente, ma che hannosi da vincere molte cause di errore prima di ammetterlo nel caso concreto in modo positivo; però l'Autore si propone di convalidare i fatti che espone con ulteriori ricerche. Dimostra che l'enfisema polmonale, la pneumonite, le malattie del cuore; in una altra serie di casi starebbero dei fatti per dimostrare che anche nei morti per tisi può aversi il maggiore sviluppo polmonale, nel qual caso l'Autore inclina a credere che l'anomalia sia congenita e rileva che per ciò tra i tisici ed i carcinomatosi avrebbesi antagonismo.

Un fatto importante per la patogenesi della tisichezza polmonale sta nei rapporti di sviluppo tra polmoni e cuore. Se questo rispetto a quelli è piccolo ed in tal caso la polmonale è larga e più larga dell'aorta, in allora aumenta la pressione nella polmonale, specialmente negli apici polmonali perchè meno influiti dalla escursione toracica; quindi iperemie e catarri. Naturale conseguenza dei prenotati rapporti idraulici è pure l'aumento di volume del polmone.

Beneke ha pure studiato i rapporti tra il volume del cuore e quello dei polmoni nei carcinomatosi e constatò rapporti diversi.

Il deficiente sviluppo dei polmoni e quello del cuore si connettono colla stentata pubertà. Questo vale in modo generico, perchè l'Autore stesso si scontrò con individui in cui la pubertà era bene sviluppata benchè il polmone fosse piccolo assolutamente ed anche rispetto al volume del cuore. È poi opinione dell'Autore che per il buon andamento della pubertà sia di maggiore importanza lo sviluppo del cuore e del sistema arterioso, che non lo sviluppo dei polmoni; in altre parole: i rapporti di pressione sanguigna nella grande circolazione devono prevalere quando s'incammina la pubertà. Le storie cliniche porteranno su questo argomento i maggiori schiarimenti. Molti tisici hanno grossi polmoni e piccolo cuore, molti carcinomatosi hanno grosso cuore e piccoli polmoni; in quelli succede la pubertà lentamente e tardi, in questi presto e rapidamente. Però bisogna convenire che lo sviluppo del polmone esercita modica influenza e che una maggiore l'esercita il cuore. Questi punti di patologia verranno sciolti mercè diligenti e sagaci esami anamnestici.

Laringe e trachea. — I pochi risultati che adunò l'Autore intorno a questi organi non lo legittimarono a fare una conclusione. Anche questi organi saranno con grande utilità ulteriormente esaminati.

Fegato. — Pure questo presenta moltissime variazioni di volume sia nello stato normale che nel patologico; anche qui grandi difficoltà per arrivare ad una conclusione attendibile. Tutto malgrado l'Autore giunge

alla determinazione di valori che offre come approssimativi e che come tali adopera per istituire istruttivi raffronti. Infatti nella Tav. 39* presenta gli aumenti che subisce l'organo annualmente e trovasi una progressione identica a quella che offre il cuore; colla sola differenza che questo, durante l'evoluzione normale della pubertà cresce in misura proporzionatamente maggiore. Mentre i polmoni raggiungono il massimo sviluppo nell'epoca della pubertà, il fegato, come il cuore, non lo raggiunge che nell'età adulta. Dopo tutto si deve notare che il fegato nei primi giorni di vita, messo in raffronto colla lunghezza del corpo, ha un volume maggiore del doppio di quello dei polmoni, verso la fine del 3° mese di vita è ancora più grosso, circa la metà; negli ulteriori periodi della vita ha quasi il medesimo volume che i polmoni. Il cuore dalla nascita alla vita adulta aumenta il proprio volume 12-13 volte; analogamente avviene del fegato. I polmoni giunti al loro completo sviluppo presentano un aumento di 20 volte il loro volume. Il fegato cresce adunque parallelamente con tutto il corpo, quantunque più lentamente cresca durante la pubertà e l'aumento che presenta nell'età adulta sia inerente forse alla sua funzione.

Abnorme piccolezza del fegato in 66 cadaveri di 0-14 anni fu trovata 27 volte; 22 volte concomitava il dimagramento generale; 2 volte robusta e ben sviluppata corporatura. Il fegato dunque, come il cuore, impicciolisce quando l'organismo cade in generale denutrizione. Si danno casi in cui il fegato piccolo è congenito ed allora si andrebbe errati subordinarne lo sviluppo a quello del sistema vascolare. V'hanno processi morbosi che più specialmente producono la piccolezza del fegato? V'ha nella età infantile qualche processo morboso che ne possa determinare la riduzione? Sono necessarie per rispondere le maggiori osservazioni, per tanto l'Autore inclinerebbe alla opinione che i processi scrofolosi dell'infanzia, i quali danno poi esito ai processi di tisichezza negli adulti, in generale si caratterizzano per la piccolezza del fegato.

Discorrendo dell'abnorme grossezza di quest'organo Beneke esclude tutti i casi di alterazione nutritiva, di congestione, di degenerazione del fegato. Si domanda se v'hanno processi costituzionali che in fondo possano caratterizzarsi anche pel volume eccedente del fegato e se in tal caso l'anomalia epatica è congenita. L'Autore ammette la rachitide tra le malattie costitutionali, e il tifo addominale tra le acute, le quali si distinguono per essere il fegato più grosso del normale. In due nati morti ed in un bambino di 2 mesi il fegato era più grosso del normale ed anche il cuore aveva eccedente volume. Questa associazione del resto non è costante. Il maggior numero dei bambini morti, in cui il fegato era eccessivamente sviluppato, erano anche rachitici. Se si confrontano le condizioni anatomiche degli scrofolosi con quelle degli adulti tisici e dei rachitici, si vede tosto che in questi abbiamo una combinazione di condizioni anatomiche proprie di quelli. Nei carcinomatosi, benchè i dati dell'Autore non sieno dei più decisivi, si dovrebbe dire esservi il fegato

molto sviluppato fin dalla congenitura. Il tifo addominale è malattia che induce un aumento della mole epatica sebbene le arterie in tali individui, come fu già detto, abbiano generalmente un calibro più stretto del normale.

Milza. — Quantunque anche la milza per la sua grande variabililità di volume presenti le maggiori difficoltà, pure l'Autore, dice avere potuto pervenire a risultati soddisfacenti. Il minimo volume della milza, come quello del fegato, si riscontra nei bambini caduti in atrofia. Questo fatto completa il quadro anatomico che deriva dal ritardato o mancato sviluppo organico dei bambini, i quali muoiono per *debolezza generale.* Qui si tratta certamente di anormale sviluppo congenito della milza. Piccolissime milze si incontrano senza che del resto sieno d'altrettanto deficienti gli altri organi. La milza piccola in generale non la vede nei morti in età giovanile. Al contrario avviene negli adulti, tra cui trovo i carcinomatosi che hanno la milza piccola. Anche nei tisici prevale la milza piccola.

Molto più frequentemente si trova la milza più grossa del normale. Le ricerche furono fatte nel tifo addominale, nella rachitide, nelle quali malattie il volume dell'organo appare sempre maggiore della media.

Reni. — Per determinarne il volume normale prese in esame 180 cadaveri: in 40 non venne a risultato positivo; in 146 trovò 95 volte il sinistro più voluminoso del destro; in 30 il destro più del sinistro; 15 volte i due reni erano eguali. Perchè nella maggioranza dei casi prevale il volume del sinistro? È questo un fatto congenito, od acquisito? Dalle ricerche dell'Autore risulta che il 3° sinistro incomincia a prevalere dopo il 3° mese di vita estrauterina e la causa di ciò starebbe nell'anatomica disposizione delle vene renali a tutti nota. Del resto nelle differenti epoche della vita i reni presentano differenze considerevoli di volume, ma ciò nullameno se ne può determinare la media normale. Studiando poi il modo con cui in relazione alle età varie cresce il volume dell'organo, risulterebbe che questo segue paralellamente lo sviluppo dello intero organismo.

Il maggior volume dei reni osservato in età adulta senz'altra alterazione fuorchè la maggiore replezione dei vasi sanguigni era di 48 c. c. L'abnorme grossezza, come l'abnorme piccolezza dei reni può essere congenita ed acquisita. È naturale la conseguenza che per ciò debba essere differente la quantità della secrezione dell'organo nei casi singoli, e quella di altri che possono adempiere ad ufficio vicario e che si trovano con esso in antagonismo funzionale. Dalle osservazioni dell'Autore sull'origine congenita del maggior volume renale, non appare che sia dipendente da una relativa influenza del cuore, o della larghezza delle arterie. Sembra invece più provato che vi influiscano i rapporti della pressione intravasale.

I reni abnormemente piccoli furono riscontrati nell'età infantile associati a dimagramento generale. Non pare che questa circostanza

abbia influito sulla debolezza generale dell'organismo e sulla morte, perchè non mancano esempi contradditori. I carcinomatosi presentano reni molto piccoli, e qui si dovrebbe vedere una relazione tra il fatto anatomico e l'anomalia costituzionale, quando si pensa che in tali individui lo scheletro è ricco di sali calcari, presentano ossificazioni precoci, il che tutto vorrebbe significare diminuita eliminazione di alcuni corpi per mezzo delle urine. Nei rachitici per lo contrario il rene è più voluminoso del normale. Tuttavia quantunque si vegga essere considerevole la eliminazione dei principii calcari dall'organismo ed essere manchevole l'ossidazione dell'acido ossalico, non si deve attribuire l'anomalia costituzionale interamente al vizio anatomico. Dopo i rachitici il rene è grosso nei tisici, nel tifo addominale. Nelle malattie del cuore, tutto calcolato, si andrebbe a concludere piuttosto che il rene impicciolisce.

Lunghezza del corpo. — Non si è ancora pensato nè in fisiologia, nè in patologia a ricercare l'importanza che può essere inerente alla varia lunghezza della corporatura. In generale nelle famiglie, nelle razze si trasmette per eredità la tendenza al crescere molto o poco del corpo. Ma da che proviene questa eredità? La crescita dello scheletro va parallela coll'aumento proporzionale di tutti gli organi? Per rispondere a ciò occorrono basi fisiologiche. Le ricerche dell'Autore concordano pienamente con quelle di Quetelet: l'altezza media dell'uomo è di 167-172 centimetri quelle della donna di 158-164 cent. Beneke ha poi considerato lo sviluppo scheletrico nei carcinomatosi e nei tisici scrofolosi. In quelli la taglia nella maggioranza dei casi è robusta, le ossa sviluppate, solide, muscoli e grassi molto pronunciati, debole invece la resistenza nervosa. La copertura degli scrofolosi tisici è gracile per lo più; i muscoli più scarsi, la resistenza generale in verso le cagioni morbifiche è poca.

Evvi dipendenza tra il volume del cuore e la lunghezza corporea? L'Autore risponde con franchezza, che non avvi alcuna dipendenza. Nemmeno la strettezza delle arterie impedisce che si allunghi il corpo; anzi vediamo frequentemente la tisichezza in persone alte, che hanno le arterie relativamente ristrette. Questi casi poi contrastano con più tisici, che hanno il cuore grosso e larghe le arterie, nei quali il corpo è piuttosto basso. La lunghezza del corpo sta in relazione col diametro degli elementi cellulari dei tessuti. Ciò ha constatato per alcune piante e ritiene ciò si verifichi anche nell'uomo. Lo confermerebbero altre considerazioni sulla costituzione e natura del protaplasma cellulare, sulla maniera con cui procede la crescita dell'organismo nella infanzia.

In questo libro, che l'Autore modestamente dice appena un'introduzione a un tal genere di indagini, vengono specialmente considerate, come appare e come giustamente lo stesso Beneke assevera, tre anomalie costituzionali, la carcinosi, la rachitide, il processo scrofoloso-tisico. Ma come corollario alle risultanze prestabilite, sarà lo scoprire se altre determinate condizioni anormali anatomiche stanno associate alle altre anomalie costituzionali; la polisarcia, la flebectasia, la gotta, il reumati-

smo, ecc. In proposito il nostro Autore inclina ad ammettere, che le stesse condizioni anatomiche già illustrate, tra loro variamente associandosi e giovate dalla influenza del sistema nervoso possano dare sviluppo alle altre anomalie costituzionali ed a forme di passaggio tra le tipiche.

Ad un lavoro del genere che Beneke ha prodotto, non può farsi una critica severa e sempre giusta: perchè, ammesso il concetto generale che lo informa, dovremmo prendere in esame i particolari e i singoli apprezzamenti dell'Autore. Ma a ciò sconsiglia il pensiero, che mancano i principali argomenti alla critica: vogliamo dire i fatti ai quali rapportare quelli da esaminarsi. Però è da sperare che tutti coloro che trovansi nella opportunità, saranno attratti dalla importanza del soggetto a moltiplicare le indagini, a raccogliere materiali onde non solo mettere in discussione le tesi che propone Beneke, ma anche risolverle con grandissimo vantaggio della clinica. Dal canto nostro, dopo avere in principio di questa nota bibliografica lodato il concetto generale del lavoro, ci piace aggiungere, che per noi un tale concetto era entrato nella nostra mente da qualche tempo e lo additammo come necessario a seguirsi specialmente nello studio delle malattie croniche, preludiando un corso libero di conferenze cliniche sulle malattie croniche e dei vecchi. Allora dicevamo: *Le malattie acute insorgono per l'azione di cause per lo più passaggere, provenienti dall'esterno dell'organismo; le croniche invece bene spesso si collegano con certe speciali attitudini dell'organismo stesso, onde lo studio loro involge tutto quanto rimane a sapersi intorno alle costituzioni e sotto questo riguardo le aspirazioni della scienza e della pratica sono innumerevoli. Ma perchè vengano attuate necessita trascendere i confini della comune osservazione e spaziare colla mente, ricca di molti fatti, nell'ordine dei problemi che riguarda la storia della organizzazione e così formarci dei concetti fisiologici e patologici veri intorno a certe malattie croniche.* (Cenni sulle malattie croniche e dei vecchi. *Gazz. Med. Lomb.* 1876).

Ben a ragione il nostro Autore in alcuni punti del suo libro dichiara, che certe questioni verranno meglio risolte col sussidio delle buone anamnesi e delle storie cliniche. In vero i suoi risultati, confermati o corretti da ulteriori indagini e presi dai medici siccome elementi patogenici, condurranno alla interpretazione di molti fatti morbosi e questi alla loro volta rischiareranno i rapporti che passano tra la forma, il decorso della malattia e le condizioni anatomiche. E sin d'ora ogni pratico può dire, che quando ad una abituale forma fenomenica è indotto a contrapporre razionalmente una corrispondente base anatomica, più raramente incontra il disinganno. Questo principio generale, che si riassume dalle pagine dell'immortale Morgagni, per quanto anatomismo siasi fatto sin quì, non è stato ancora splendidamente dimostrato, come speriamo, lo sarà quando le ricerche di Beneke sieno state fatte da altri e risolte tutte le questioni possibili sopra un tale terreno.

De-Giovanni.

Rendiconto clinico degli ammalati curati nella R. Clinica e Dispensario delle malattie della pelle e sifilide in Roma; del prof. CASIMIRO MANASSEI. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, fasc. 2, 3, 4, 5 e 6, 1877).

Nel « Giorn. delle malattie veneree e della pelle, » per l'anno 1877 il prof. Manassei continua la sua importante pubblicazione di rendiconto degli ammalati curati da lui negli anni dal 1874 al 1876. Non si può restringere in un estratto l'encomiato lavoro senza lederne qualche parte essenziale, e menomarne l'importanza, e però noi ci limitiamo a dire che l'Autore toglie partito dall'esposizione delle singole malattie curate per sviscerarvi le parti più importanti tanto dal lato pratico che dal lato scientifico, toccando in parecchi punti le divergenze delle varie opinioni che in proposito si reggono sul campo degli scienziati, diffondendosi ove occorre sul diagnostico e discendendo pure in questi casi ai più minuti particolari di sistema curativo. Tale pubblicazione è veramente resa utile tanto al pratico, quanto al cultore specialista, e fa grande onore al clinico che insegna nell'Università di Roma. P.

Il dermatologo del villaggio; del dott. ANT. MARIA GEMMA. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, fasc. 3 e 6, 1877).

Anche il dott. Gemma sotto questo modesto titolo fa una esposizione chiara dei casi di malattie cutanee occorsi nella cerchia dei Comuni di cui egli è medico condotto.

Questo scritto è commendevole per il suo indirizzo pratico non privo di discussioni scientifiche qualora l'argomento lo richieda. In esso l'Autore si appalesa diligente cultore della dermopatia, e molto versato in cotesto ramo della medicina. È un lavoro che verrà letto con molto piacere e profitto. P.

Appunti di semiotica cutanea; del dott. DE AMICIS. (Napoli 1877).

Come comunicazione preventiva diamo cenno degli appunti di semiotica cutanea del prof. De Amicis. Di questi ora ne abbiamo sott'occhio appena il primo fascicolo essendo lavoro in corso di pubblicazione. Vi figurano esposte con molta chiarezza e profondità di vedute le idee generali sullo studio delle malattie cutanee, la loro divisione nelle così dette *forme elementari* del Villan, e l'esposizione della prima di essa, la macula, e di parte della seconda, la papula.

A lavoro finito od inoltrato potremo darne un'idea più precisa ai lettori. P.

NECROLOGIE (1)

Girolami Giuseppe, Professore di Psichiatria e Direttore del Manicomio di Roma, nato in Foligno il 9 ottobre 1809 e morto in Roma il 14 gennajo p. p. Da Civitavecchia, dove con grande riputazione esercitava la medicina, andò nel 1850 a dirigere il manicomio di Pesaro, che per lui salì in molta riputazione; nel 1866 passò all'altro di Roma, che sebbene postosi sulla via delle riforme, avea d'uopo di chi con l'autorità degli studj fatti e dell'esperienza acquistata valesse a quelle svolgere e continuare. Il Girolami di fatti avea diligentemente visitati, senza dire de'nostrani, i più accreditati manicomj forestieri e soprattutto quelli d'Inghilterra. Ha pubblicato molte opere, in cui appare larga coltura e sempre un nobilissimo proposito morale; al quale anzi egli rispetto a' mezzi diede più larga parte, che a medico si conviene, non rade volte le elucubrazioni di etica e di filosofia prendendo il posto degli studj e delle investigazioni strettamente scientifiche. Intendeva raccogliere in 5 volumi le varie sue pubblicazioni; due videro già luce, e gli altri la vedranno per disposizione testamentaria.

Il I volume (Pesaro 1865, 8° pag. 574) contiene:

« Della sistemazione de' Manicomi nel Regno d'Italia. » Discorsi due.

« Intorno ad un viaggio scientifico ai Manicomi delle principali nazioni d'Europa. » (A. 1854).

« Programma per la costruzione di un nuovo Manicomio in Pesaro. » (A. 1863).

« Della espiazione penale secondo i moderni sistemi penitenziari e della applicazione della legge criminale. » (A. 1862, 1863).

« Dei confini della pazzia e di alcuni speciali suoi tipi. » (A. 1863).

« Della regola fondamentale per determinare la capacità o incapacità civile e criminale. » (A. 1863).

Il II volume (Roma 1873, 8.°, pag. 715):

« I tre capitali vizj (sensualità, orgoglio, avarizia) in rapporto colla follia ».

« Dell'influenza della civiltà sull'aumento delle malattie mentali e dei mezzi ch'essa possiede per ripararvi. » (A. 1848).

« Memoria su Giuseppe Guislain. » (A. 1863).

« Importanza dello studio delle umane fisonomie e valore dei principali segni delle medesime ».

« Alcuni pensieri sull'insegnamento della medicina psicologica. » (A. 1867).

(1) Gli *Annali* porranno cura che i cenni necrologici degli uomini benemeriti per qualche guisa della scienza medica specialmente italiana più che le particolarità della vita, notino le opere pubblicate o gli atti pei quali quelli si resero appunto meritevoli di ricordo. Nè perchè tali commemorazioni saranno di preferenza per i medici nostri, verranno già dimenticati i più eccellenti delle altre nazioni; la gratitudine ha pur da andar incontro al beneficio, che varca i limiti del paese. Ed eccone qui appresso esempio.

« Alcuni pareri di psichiatria forense. » (A. 1869).

« L' isterismo in Roma ed alcune sue speciali cagioni predisponenti coi relativi mezzi profilattici. » (A. 1868).

« Alcune ricerche etiologiche sulla demenza paralitica progressiva. » (A. 1871).

« Dell'elemento storico della medicina. » (A. 1839).

« Il clima di Civitavecchia considerato dal punto medico e della Igiene pubblica. » (A. 1842).

« Sopra Gentile da Foligno medico illustre del secolo XIV. » Discorso storico-critico. (A. 1844).

« Sulla pellagra nella Provincia di Urbino e Pesaro e sui mezzi relativi d'Igiene pubblica. » (A. 1853).

« La scienza e l'arte agraria nelle loro relazioni con la salute, con la forza fisica e col morale perfezionamento. » (A. 1863).

I successivi promessi tre volumi comprenderanno: « Rendiconti statistico-clinici sul Manicomio di Pesaro. — Regolamento e discorso sul Manicomio di Macerata. — Dottrina degli umani temperamenti. — Sulla pazzia, studj psicologici e patologici ».

All'Università di Roma lasciò la sua Biblioteca e il reddito di L. 25 mila per due premj annui ai migliori scritti di studenti in quell'Università.

BERNARD CLAUDIO.

La Francia, che pochi mesi or sono perdeva Brongniart, Balard, Le Verrier, e nello stesso dì (19 dello scorso gennajo) Becquerel e Regnault, piange ora Claudio Bernard. Ma Claudio Bernard non è della sola Francia; il suo talento, le sue scoperte, le sue opere lo hanno fatto figlio più che d'una nazione dell' intiera scienza. E però gli *Annali universali di Medicina* prendon parte al lutto di essa, e ricordano il grand'uomo riferendo un brano del nobile ed affettuoso discorso, che l'illustre Dumas diceva ai funerali, che a spese dello stato con grande pompa furono celebrati.

« .... Dopo Lavoisier, Laplace, Bichat, Magendie, che aveangli dischiusa la via, Claudio Bernard a sua volta tutto si diede allo studio del grande mistero della vita, senza nondimeno pretendere di penetrarne l'origine e l'essenza. L'astronomo ignora la causa dell'attrazione universale e ciò non ostante calcola con certezza il cammino degli astri che quella sostiene nello spazio dirigendone insieme il corso. Claudio Bernard avea stimato doversi del pari concedere al fisiologo di spiegare i fenomeni della vita per mezzo della fisica e della chimica che li eseguiscono, quantunque la vita ed il pensiero, che li dirigono, rimangan fuori del suo dominio. — La fisica animale non era già fondata, dacchè Lavoisier e Laplace ebbero provato che il respirare è una combustione, fonte del calore che ci anima? Questa face della vita che s'accende, questa fiamma della vita che si spegne, felici espressioni poetiche dell'antichità, non divenivano forse verità filosofiche alle quali fu dato a Claudio Bernard

di porre l'ultima mano? — L'anatomia generale non era già nata, allora che il Bichat definiva la vita: « l'insieme delle funzioni che resistono alla morte? » Senza svelarne l'occulta natura, non insegnava egli a determinare le forme che veste la vita in ciascuno degli elementi di cui si compongono i nostri tessuti, a riguardare come la manifestazione sensibile della vita que'moti di distruzione e di rinnovamento di cui quelli sono quasi l'agone, mentre il loro soffermarsi, diviene segno certo della morte? — Il Magendie infine non apriva la strada alla fisiologia sperimentale, divenuta fra le mani di Claudio Bernard, suo discepolo, scienza nuova? Togliendo a prestito dalla fisica e dalla chimica gli strumenti e i metodi, senza dimenticarsi che le forze di cui quelle possono usare andranno ad esercitare la loro azione su di esseri dotati di vita, non è Claudio Bernard, che l'ha elevata tra le scienze esatte e la lascia emula per certezza ed autorità con quelle che operano su la materia bruta? — Fra tante scoperte alle quali rimane congiunto il suo nome, quanto mai è meraviglioso per sagacità e finezza analitica quel lavoro, celebre ognora e da molto tempo in bocca di tutti, in cui dando corpo reale al pensiero del Bichat, fa vedere nel muscolo che si contrae, nel nervo che lo mette in moto, nell'elemento nervoso sensitivo e nell'elemento nervoso motore, altrettanti modi distinti della vita, che possono coesistere, ma anche possono morire separatamente e quasi a spizzico! — Quale fisiologo non sarebbe fiero d'avere scoperto la vera funzione del fegato, problema che, dalla più remota antichità fino a' dì nostri, avea eccitato, ma indarno, la curiosità di tutte le scuole mediche? Quale chimico non avrebbe tenuto per gemma della sua corona l'ardita e dotta analisi con la quale Claudio Bernard scopre in quell'organo misterioso una materia atta a mutarsi in zucchero, un fermento capace di così convertirla, una fonte insomma che di continuo versa zucchero nel sangue? — I fenomeni fisici della vita non hanno più inaccessibili secreti. I problemi che vi si attengono sono stati presi confidentemente in esame da Claudio Bernard e da lui pertinacemente perseguiti. Pochi son quelli che non abbia risoluti e di cui non abbia ingegnosamente condotta la soluzione a quelle formole eleganti e semplici nelle quali l'immaginazione del poeta si collega con il rigore geometrico ».

Quindi lamentando le molte morti che hanno vedovata la scienza francese l'oratore dava giusta lode ai supremi magistrati per aver decretato, che gli onori serbati ai capitani, fatti illustri nel difendere la patria, fossero resi altresì a chi tanto avea illustrato la scienza. Nè vana tornerà, ei diceva, la grande solennità alle nostre scuole; una nobile emulazione si sveglierà ne' giovani che commossi la contemplano, ne verrà eccitato l'ardore agli studj, inspirato l'amore del vero, l'ambizione della gloria, lo sprezzo de' volgari guadagni. E conforta poi sentire il vecchio Dumas pieno di fiducia nella giovane generazione per ristaurare le forze morali della Francia, e chiamarla, lui carico di gloria di onori, alla grande opera: *préparons des successeurs à ces grands hommes, presque*

tous enlevés avant l'heure! Ouvrons la route à leurs émules, à ces génies naissans que nos voeux appellent et que réclament nos rangs décimés.

VARIETÀ

Statistica medica. — Parigi, entro il perimetro di 33,320 metri, racchiudeva nel 1876 1,851,792 abitanti (1); ne morirono in quell' anno 48,579 (262 su 10,000), ossia in media 4048 al mese, media superiore di 13,80 per 100 all'altra de' tre anni precedenti.

Quasi tutte le classi od i gruppi di morbi concorsero in tale aumento, ma soprattutto quello a cui sta a capo la *febbre tifoide*, che da sè sola portava la maggior somma di 984 morti. Le *affezioni cancherose*, che pure fanno parte dell' istesso gruppo, hanno dato 413 morti più che nel 1875; e, facendo la proporzione, l' accrescimento di quella febbre fu di circa 94 per 100, di queste di 28,70. Nel mese d'agosto avvenne la maggiore mortalità; 4644 morti, in media 150 al giorno, ciò che, dal 1872 in poi, non più s'era veduto. Invece il mese meno triste fu il giugno, che ebbe soltanto 120 morti al giorno. Il croup e la difterite mietono vittime sempre più; nel 1874 tolsero di vita, con o senza operazione, da 1008 persone, 1328 nel 1875, e nel 1876 da 1572, di cui la terza parte ed oltre nel 4° trimestre (580) e soltanto la sesta circa nel 3°. E rispetto alla *tisi polmonare*, niun anno del decennio, se si eccettui il biennio 1870-71, n'ebbe tante morti quanto l'anno di cui è discorso; e più de' Parigini vi soccombono i forestieri. Di fatti mentre su 100 morti per qualsiasi cagione v'hanno 52,80 persone nate fuori di Parigi, tale proporzione sale a 70,70 rispetto alle altre prodotte dalla tisi. Ciò venne pure notato nel 1875; nel qual anno parve che le morti abbondassero ne' mesi asciutti e scarsi di ozono; ma coteste erano coincidenze, che il 1876 non confermava punto.

Dei 48,579 morti 25,325 erano maschi, e 23,254 femmine; nello stesso anno le nascite furono 55,016, e in esse pure prevalse il sesso mascolino, tanto se legittime (maschi 20,802, femmine 19,740, quanto se illegittime (maschi 7173, femmine 7001). I matrimonj (18,117 cioè 9,7 per mille abitanti) furono meno che negli anni passati, laddove che le nascite ebbero lieve aumento rispetto al triennio 1872-74.

Finalmente sopra 12,637 inscritti, 4727 furono giudicati atti al servigio militare e 1508 inetti per infermità di varia specie. (*Archives générales de Médecine*, 1878, I. 117. — *Annuaire pour l'an 1878 publié par le Bureau des Longitudes*, p. 414).

(1) Nell'annuario del *Bureau des Longitudes* la popolazione di Parigi si fa ascendere a 1,988,606, e però maggiore di 320,965 a quella del 1861 (p. 419).

Cattedre di Medicina vacanti nelle Università d'Italia

N.° d'ordine	CATTEDRA VACANTE	Università od Istituto in cui è vacante	Grado del posto (prof ord o straor.)	Qualità del concorso (per titolo o per esami)	Tempo in cui scade il concorso
1	Zoologia, Anatomia e Fisiologia comparata	Cagliari	Straord.	Per titoli	Scaduto fino dal 2 marzo 1877
2	Fisiologia	Catania	Id.	Per esami	Scade il 10 marzo 1878
3	Anatomia Patologica	Id.	Ordin.	Per titoli	Scade il 15 marzo 1878
4	Patologia interna e Clinica medica	Milano Scuola veterin.	Id.	Per esami	Scade il 15 marzo 1878
5	Dermopatologia e Clinica dermopat. Sifilop. e Clinica sifilopatica	Genova	Straord.	Per titoli	Scaduto il 10 ott. 1877
6	Id. Id.	Catania	Id.	Id.	Scaduto il 25 ott. 1877
7	Ostetricia e Clinica ostetrica	Sassari	Id.	Id.	Scaduto il 9 luglio 1877
8	Zoologia, Anatomia e Fisiologia comparata	Id.	Ordin.	Id.	Scaduto il 10 ott. 1877
9	Clinica medica e Patologia speciale medica	Id.	Id.	Id.	1° Stadio
10	Anatomia umana	Id.	Id.	Id.	Scaduto il 16 genn. 1878
11	Materia medica e Farm. sperimentale	Catania	Id.	Id.	Scaduto il 30 ott. 1877
12	Dermopatologia e Clinica dermopatica Sifilopatologia e Clinica sifilopatica	Padova	Straord.	Id.	Scaduto il 15 febb. 1878
13	Anatomia umana e normale	Messina	Ordin.	Per titoli	Scade il 6 marzo 1878
14	Anatomia patologica	Id.	Straord.	Id.	Scade il 5 marzo 1878
15	Prof. e Dirett. della Scuola pareggiata d' ostetricia	Novara	——	Id.	Scaduto l'8 genn. 1878
16	Materia medica e Farm. sperimentale	Genova	Straord.	Id.	Scaduto il 30 genn. 1878
17	Medicina legale	Pavia	Id.	Id.	Scade il 30 marzo 1878
18	Anatomia e Fisiologia comparata	Napoli	Id.	Id.	1° Stadio
19	Fisiologia umana	Sassari	Ordin.	Id.	1° Stadio
20	Zoologia, Anatomia e Fisiologia comparata	Messina	Straord.	Id.	1° Stadio
21	Ostetricia e Clinica ostetrica	Catania	Ordin.	Id.	1° Stadio
22	Clinica medica e Patologia speciale	Torino	Id.	Id.	Scaduto il 25 febb. 1878
23	Igiene	Pavia	Straord.	Id.	1° Stadio

Premio di lire 1000 decretato dall'Accademia medica di Roma (Presidente prof. Carlo Maggiorani) per la dissertazione che sarà giudicata migliore in argomento di Igiene pubblica.

Norme del concorso.

1. Il tema del concorso sul quale verseranno le gare dell'ingegno è lasciato libero alla scelta degli Aspiranti, purchè la Memoria si contenga nei limiti della *Igiene Pubblica* e adempia alle seguenti condizioni:

A. Che non consista di mera erudizione, ma porti l'impronta di qualche concetto originale.

B. Che miri chiaramente a scopo di generale interesse e di pratica applicazione.

C. Che sia fondata su fatti ed anche sopra appositi esperimenti, ove la natura del soggetto lo esiga.

2. Il concorso è aperto a tutti i medici d'Italia, esclusi soltanto i membri ordinari o residenti dell'Accademia medica di Roma.

3. La Dissertazione scritta in italiano e di carattere ben leggibile dovrà farsi pervenire alla Presidenza dell'Accademia non più tardi del 1° febbrajo del 1879.

4. Ogni Memoria porterà in fronte un motto che sarà ripetuto al di fuori di una scheda sigillata contenente il nome dell'Autore.

5. Sono esclusi dal concorso i lavori già resi di pubblica ragione con la stampa, ovvero già presentati ad altre Accademie o per altro concorso.

6. Il premio sarà indivisibile.

7. Tutte le memorie inviate pel concorso restano nell'Archivio dell'Accademia; è però in facoltà dell'autore di domandarne copia a proprie spese.

8. L'Accademia nominerà una Commissione di Professori i più competenti nella materia per l'esame dei lavori presentati al concorso.

Opere mandate in dono alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina.*

Berruti Giuseppe, Dottor collegiale. « Le nevralgie simpatiche nella Patologia dell'utero. » Prolusione al corso libero di Ginecologia e Pediatria, anno VI. (Torino 1877, 8°, pag. 16).

Bianchi Leonardo, Professore pareggiato di Patologia speciale medica all'Università di Napoli e libero docente di elettro-terapia. « Sulla terapia del crampo professionale o delle discinesie professionali. » Napoli 1877. (Estr. dal *Movimento med. chir.*, 8° pag. 15).

Casca Giulio Cesare. « Importanza della luce nella eziologia della clorosi. » Studio. Torino 1877 (8° pagine 85).

Clément C., Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin des hopitaux de Lyon. « Des Tremblements consécutifs aux maladies aigues. » Lyon, Genève, Bale 1877 (8° pag. 31).

Couly Placide. « Organisation des secours publics à Paris. » Paris 1877 (8° pag. 10). (Fa parte delle *Publications de la Société française d'Hygiène*) ».

Cresci Carbonai Paolo, Medico Direttore del R. Stabilimento ortopedico-idroterapico di Firenze. « Tre casi di paralisi pseudo-ipertrofica. » Padova 1877 (8° pag. 32). (Dalla *Gaz. med. ital. Provincie venete*, anno XX, n. 50, 51).

Fasoli G. B. « Guida all'analisi chimica. » Vicenza 1877 (8° pag. 112).

Fiorani G. chirurgo primario operatore nello Spedale Maggiore di Lodi. « Le malattie della vescica e della prostata. » Compendio. Milano 1877 (8° pag. 250 con figure e fotogr.).

Joltrain A. « Le Tannage des Peaux nouveau procédé de M. Charles Pavesi. » (Perchlorure de fer). Paris 1877, 8°. (Estratto dal *Journal d'Hygiène*, juilet-août 1877).

Maragliano Edoardo, Professore pareggiato di patologia e clinica nella R. Università di Genova. « La cura della tisi polmonare. » Conferenza tenuta al Congresso medico di Torino la sera del 22 settembre 1876. (Estratto dal Giornale lo *Sperimentale*, 8° pag. 27).

Maurin S. C. « Rapport des Lois et des Moeurs avec la Population. » Conférence faite le 12 octobre 1877. Paris 1877 (8° pag. 23). (Fa parte delle *Publications de la Société française d'Hygiène*).

Montenovesi Vincenzo, Sostituto degli Ospedali di Roma. « Studi di anatomia chirurgica per la legatura della femorale profonda. » Roma 1877 (dagli *Atti* dell'Accademia medica di Roma, anno III, fasc. 2°, 8° pag. 39 con 4 tavole).

Monteverdi Angelo e *Biaggi Folchino.* « Esame critico degli appunti fatti dal sig. avv. Pozzi Francesco alle perizie medico-legali dei dottori.... » Cremona 1877 (8° pag. 118).

Monti Lorenzo, Medico direttore. « Delle malattie mentali curate nel Manicomio di Parma in Colorno dal 29 luglio 1873 a tutto il 1876. » Parma 1877 (8° gr. pag. 85).

Moriggia Aliprando. « Effetti di alcuni liquidi specialmente acidi e salini sopra i moti dei filamenti spermatici, dell'epitelio vibratile, delle opaline e del cuore, nonchè degli acidi sulla tenacità dei nervi. » (4° pagine 10). (*Atti* dell'Accademia dei Lincei. Roma 1877, vol. I, serie 3ª).

Moriggia Aliprando. « Sperienze fisio-tossicologiche eseguite sul latte di capre cui venne fatta somministrazione di erbe ed alcaloidi velenosi. » Relazione letta all'Accademia di Medicina di Roma. (Roma 1877, 8° pagine 16). (Dagli *Atti* dell'Accademia medica di Roma, anno III, fasc. 1°).

Müller C., Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Nancy. « De la grossesse utérine prolongée indéfiniment ou rétention illimitée de l'oeuf dans la matrice (*Missed labour des Anglais*). » Ouvrage couronnê par la Faculté de Médecine de Nancy. Paris 1878 (4° pag. 173).

Orsi Francesco. « Lezioni di patologia e terapia speciale medica » dette nel biennio scolastico 1874-75, 75-76, presso l'Università di Pavia

e raccolte dagli studenti Giovanni Arcari, Felice Viscardi e Francesco Cacciamali. (Edizione riveduta e corretta dall'Autore). Milano 1878, fascicolo I e II.

Pajusco Francesco. « Fisiologia ed igiene del parto » con 6 tavole. Roma, Torino, Firenze 1878 (8° pag. 309). (Dalla *Biblioteca dello Studente* e del *Medico pratico*, vol. XIII).

Parola Louis. « De la vaccination. » Études avec la collaboration du doct. Joseph Parola (Fils) Vice-Conservateur du Vaccin. Ouvrage que le Conseil impérial Russe de Médecine a jugé digne d'une mention honorable. Turin, Vercellino 1877, Tome I (8° gr. pag. 682), II (pag. 585).

Pietra Santa (*De*), Redacteur en chef du *Journal d'Hygiène.* « Société française d'Hygiène sa raison d'être son but, son avenir. » Conférence faite le 25 Mai 1877. Paris 1877 (8° pag. 35). (Fa parte delle *Publications de la Société française d'Hygiène*).

Puschmann Theodor, Alexander von Tralles. « Original Text und Uebersetzung nebst einer einleitenden Abhandlung, Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin. » Wien 1878, I B. (8° pag. 617).

Rizzo Matera S. « Intorno ai casi di intossicazione clinica » del prof. S. Tommaselli e del dott. C. Restuccia. Lettera al Direttore dell'*Osservatore medico* (8° pag. 23). (Estratto dall'*Osservatore medico di Palermo*, 1877, V-VI).

Romiti Guglielmo, Professore ordinario nella R. Università di Siena. « La scienza e l' insegnamento. » Prelezione di anatomia umana. Firenze 1878 (8° gr. pag. 31). (Estratto dall' *Imparziale*).

Silvestri Lorenzo, Ajuto clinico chirurgico della R. Università di Siena. « Del metodo americano per l'operazione della fistola vescico-vaginale. Considerazioni pratiche e proposta di un nuovo processo di elitrorafia. » Tesi presentata e sostenuta dinanzi alla Facoltà medico-chirurgica di Siena il dì 24 luglio 1877 per l'esame di Libera Docenza. Siena 1877 (8° pag. 43).

Squire Balmanno. Surgeon to the British Hospital for diseases of the Skin. « On the treatment of psoriasis by an ointment of chrysophanic acid with an appendix of comments by various authors. » London 1878 (8° pag. 99).

Stroppa Cesare, chirurgo primario. « Rendiconto clinico riguardante la sezione chirurgica dell'Ospedale civile di Codogno » dal giugno 1868 al 31 dicembre 1876. Codogno 1877 (8° gr. pag. 140).

Tamburini Augusto. « La sfigmografia negli alienati. » Comunicazione preventiva fatta al secondo congresso della Società freniatrica italiana (settembre 1877). Milano 1877 (dall'*Archivio italiano per le malattie nervose* (8° pag. 7).

Tamburini Augusto. « Del metodo clinico in psichiatria. » Prelezione al corso di clinica psichiatrica nella R. Università di Modena letta il 20 novembre 1877. Reggio-Emilia 1878 (8° pag. 17). (Estratto dalla *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*, anno III, fasc. 3°).

Tollet M. C. « La Réforme du casernement réduction de la mortalité dans l'armée française. » Les Bains-douche. Conférence faite le 12 octobre 1877. Paris 1877 (8° pag. 23). (Fa parte delle *Publications de la Societé française dHygiène*).

ERRATA	CORRIGE
Rivista p. 92, linea 5: *comprendeva ricca*	*siccome ricca*

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. **A. Corradi.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA OSTETRICA

del dottor GUELMI.

(Da pag. 97 a pag. 111).

— *Società ostetrica di Londra: Forcipe Tarnier.*
Barnes — *Qualche dettaglio sull'Ospitale delle partorienti a Londra.*
Smith — *Della posizione nel travaglio del parto.*
Conrad — *Effetti della pressione dell'utero.*
Schneck — *Caso di stomatite materna, e di diarrea incurabile complicanti ogni gestazione e l'allattamento.*
Playfair — *Carie delle ossa pelviche consecutive al parto.*
Browne — *Caso di tumore fibroso dell'utero causante l'eclampsia; con osservazioni sui fibroidi dell'utero in generale, e sulle cause della eclampsia puerperale e non puerperale.*
Richmond Leigh — *Rottura dell'utero senza sintomi.*
Paalzow — *Restringimento del bacino — cefalotrissia — parto artificiale — lacerazione d'utero — guarigione.*
Weber — *Atrofia acuta del fegato nel puerperio.*
Grünewald — *Sterilità nelle donne che hanno una malattia negli organi genitali.*
Associazione medica di New York — *Ostetricia nel 1875-76.*

RIVISTA DERMATOLOGICA

del dott. CARLO PADOVA.

(Da pag. 112 a pag. 169).

Majocchi D. — *Contribuzione alla patogenesi della peliosi reumatica.*
Marchiafava — *Sopra un altro caso di peliosi reumatica; lettera al dottor Majocchi.*
De-Amicis — *Rara forma di neo pigmentario diffuso in tutta la superficie cutanea.*
Scarenzio — *Di una singolare alterazione pigmentaria verrucosa e lipomatosa congenita.*
Manassei — *Su di un caso di neo verrucoso pigmentario peloso congenito.*
Woronichin — *Sul nigrismo.*
Duhring — *Di un caso di donna barbuta.*
Rizzoli — *Ciocca di capelli bianchi sulla fronte congenita ed ereditaria.*
Benazzi — *Due casi ribelli di eczema rubrum curati e guariti colla tintura di maiz guasto.*
Paola — *L'eczema.*
Gamberini — *Storia di polimorfa successiva.*
Tanturri — *Tre casi clinici nuovi di Mycosis fongoides di Alibert.*

Majocchi — *Kerion dei Greci, studii anatomo-patologici.*
Gamberini — *Il sistema nervoso in rapporto colle malattie della pelle.*
Kaposi — *Sulle nevrosi di sensibilità della pelle.*
Testut — *Della simmetria nelle affezioni della pelle.*
Mayer — *Dell'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo delle affezioni cutanee.*
Carry — *Dell'azione e delle indicazioni dei bagni nelle malattie della pelle.*
Barduzzi — *Dell'uso del solfato di rame in alcune dermatosi croniche.*
Tanturri — *Contribuzione patologica e clinica intorno all'eritema multiforme essudativo.*
Kaposi — *Sulla patologia e terapia di particolari malattie cutanee: lichen ruber acuminatus e lichen ruber planus.*
Henry Fox — *Un caso di lichene piatto.*
Le Keyes — *Idem.*
Bronson — *Idem.*
Hebra — *Azione dell'acqua sulla pelle sana ed ammalata.*
Bergeron e Proust — *Delle eruzioni chimiche.*
Geber — *Sull'anatomia del lupus eritematoso.*
Piffard — *Un caso di lupus eritematoso del pene.*
Milton — *Dell'orticaria gigante.*
Wyndham Cottle — *Della cura locale della psoriasi.*
Lancereaux — *Nota sopra un caso di lingua nera.*
Armaingaud — *Della colorazione nera della lingua per cromidrosi.*
Smith — *Xantema.*
Lewin — *Intorno al cisticerco della cellulosa, e sua manifestazione alla pelle dell'uomo.*
Guttmann — *Intorno ai cisticerci della pelle.*
Piffard — *La diatesi reumatica in dermatologia.*
Hardy — *Della sclerodermia.*
Mauriac = *Lezioni sull'erpete nevralgico degli organi genitali.*
Fournier — *Della porpora jodica.*
Apoland — *Fatto curioso di eruzione oppiacea.*

BIBLIOGRAFIA.

Soresina — *Ricettario* — pag. 167.
Dobell Horace — *Reports on the diseases of the Chest. Assisted by numerous and distinguished coadjutors in different parts of the world* — pag. 170.
Adolfo Weil — *Handbuch und Atlas der Topographischen Percussion* — pag. 171.
F. W. Beneke — *Die Anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien des Menschen* — pag. 171.
Manassei — *Rendiconto clinico degli ammalati curati nella R. Clinica e Dispensario delle malattie della pelle e sifilide in Roma* — pag. 182.
Gemma — *Il dermatologo del villaggio* — pag 182.
De Amicis — *Appunti di semiotica cutanea* — pag. 182.
Necrologie — *Girolami Giuseppe — Claudio Bernard* — pag. 183.

VARIETÀ.

Statistica medica — pag. 186.
Cattedre di Medicina vacanti nelle Università d'Italia — pag. 187.
Premio di lire 1000 — pag. 188.
Opere mandate in dono alla Direzione degli Annali Universali di Medicina — pag. 188.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Prezzo delle Inserzioni Cent. 30 la linea o spazio di linea di sette punti. Dirigere le Commissioni all'Ufficio Centrale d'Annunzi A. MANZONI e COMP., Via della Sala, N. 16, in Milano.

FERRO BRAVAIS (Ferro dializzato Bravais)

Il solo adottato in tutti gli Ospitali
Ordinato da tutti i principali Medici
ANEMIA, CLOROSI, SPOSSATEZZA
PERDITA D'APPETITO, POVERTA DI SANGUE
FIORI BIANCHI, CONSUNZIONE

3 Medaglie, Esposizione di Parigi, Bruxelle, Filadelfia
di Francia e dell' Estero, per combattere:
DEBILITAZIONE, DEBOLEZZA DEI FANCIULLI
LINFATISMO, DIGESTIONI DIFFICILI
NEVRALGIE, STERILITA, PALPITAZIONI, ecc.

Il **Ferro dializzato** di cui il Sigr BRAVAIS ha creata la vera formola (fabbricata d'appresso i dati ch' egli solo possiede e con degli apparecchj speciali) non può essere imitato. Non può essere che contraffatto. Il pubblico è dunque pregato d'esigere sulla *capsula, etichetta o flacone*, il nome, la firma e la marca di fabbrica qui-contro, come garanzia.

DEPOSITO PRINCIPALE A PARIGI
13, rue Lafayette, 13
Laboratorio e Fabbrica a Asnières.

Il più bell' elogio che si possa fare di quest'incomparabile prodotto è di citare li apprezzamenti del **Ferro Bravais**, fatti dai primarj medici di Francia e anche dell' Europa.

« Benchè nessuno possa segnare un limite alle scoperte della scienza, dice uno di questi medici, dubito assai che si possa ancora trovare un ferruginoso d'una efficacità più energica, più assoluta che il **Ferro Dializzato Bravais**, possedente dei vantaggi superiori a tutti i ferruginosi, senza aver un solo degl' inconvenienti.

(Invio gratis dell' Opuscolo)

Deposito generale per l'*Italia* : A. MANZONI et C.
MILANO — Via della Sala, 14-16 — MILANO

— Vendita da Zambeletti Farmacia Inglese, Piazza S. Carlo — Talini Giuseppe, via Manzoni Angolo Bigli — Carlo Erba — Farmacia Brera, Via Fiori Oscuri, 12, e nella Farmacia Ravizza di G. Maldifassi, angolo via Armorari.

ANCELIN DESNOIX E C.IE. FARMACISTI

17, Rue Vieille du Temple, Paris.

L'EUFORBIO

Sparadrappo rubefacente rivulsivo contro le irritazioni del petto e della gola, le tossi, i reumi, la bronchite, la tosse ferina, la laringite acuta o cronica, i dolori reumatici, la lombaggine, la sciatica, ecc. — *Si trova da tutti i Farmacisti.*

Vendita in Milano da A. MANZONI e C., via Sala, 16, angolo di via S. Paolo.

SCOPERTA

Non più asma, nè tosse, nè soffocazione, mediante la cura della Polvere del Dottor **H. Clery**, di Marsiglia. — Scatola N. 1 L. **4**. Scatola N. 2 L. **8. 50**.

Deposito generale per l'Italia A. MANZONI e C., Milano, via della Sala, 16, angolo di S. Paolo.

GOTTA E REUMATISMI

Il METODO del Dott. LAVILLE della Facoltà di Parigi, guarisce gli accessi di Gotta come per incantesimo, di più esso ne previene il ritorno. — Questo risultato è tanto più rimarchevole perchè si ottiene con una medicazione la più semplice e di una efficacia ed innocuità che può esser paragonata a quella del chinino nella febbre.

Vedere in proposito le testimonianze dei principi della scienza, riassunti in un piccolo volumetto che si dà gratis dai nostri Depositari. — Esigere la marca di fabbrica ed il nome di J. Vincent, farmacista della Scuola di Parigi, solo ex-preparatore del dott. Laville e il solo da lui autorizzato. — Agenti per l'Italia A. MANZONI e C., Milano, via Sala, 16, e vendita al dettaglio nelle primarie farmacie.

Pastiglie alla Codeina

PER LA TOSSE

PREPARAZIONE

del farmacista A. ZANETTI

MILANO.

L'uso di queste pastiglie è grandissimo, essendo il più sicuro calmante delle irritazioni di petto, delle tossi ostinate, del catarro della bronchite e tisi polmonare; è mirabile il suo effetto calmante la tosse asinina. Prezzo **L. 1.** — Deposito in Milano presso la farmacia *Zanetti*, via Spadari, e da *Pozzi*, corso Porta Venezia e da *A. Manzoni e C.*, via Sala, 16, e in tutte le più accreditate farmacie d'Italia. All'ingrosso dal preparatore che si avrà lo sconto d'uso.

TAYUYA

PROPRIETA' DEI FRATELLI UBICINI DI PAVIA.

Nuovo Rimedio in surrogazione ai preparati di Mercurio raccomandato dai primari Medici per la cura della **Scrofola** e della **Sifilide**. — Prezzo **L. 5.** al flacone. — Rappresentanza e deposito in Milano alla Farm. Crippa di E. Camelli, via Manzoni, 50. e vendonsi nelle primarie Farmacie.

Prodotti della casa L. FOUCHER D'ORLÉANS (Francia)

50, via Rambuteau, PARIGI.

ADOTTATI DAI PRIMARI MEDICI

CONFETTI DI IODURO DI FERRO E DI MANNA

Guariscono senza dolori di stomaco ne stitichezza : vengono riguardati da tutti i Medici como il primo dei Ferruginosi, contro i colori pallidi, e le perdite bianche, ristabiliscono le mestruazioni e rendono la forza ai fanciulli linfatici, o prostrati dal crescere. **3** fr. **50** al flacone.

CONFETTI DI IODURO DI POTASSIO

Prezioso depurativo del sangue.

Guariscono senza ripugnanza né salivazione, gli Umori freddi, Malattie della Pelle, Gotta, Reumatismi, Sifilidi, Gozzo, Ingorgo di glandole, Furoncoli; infine tutte le malattie provenienti d'Acrità di sangue e da umori. **4** fr. **50** il flacone.

CONFETTI AL BROMURO DI POTASSIO

Le Malattie Nervose, Epilepsia, Isterismo, Ballo di St-Guy, Tossi convulsive, Attacchi di Nervi, Nevralgie, Mali di Testa sono guariti da questi Confetti. 4 a 6 presi alla sera procurano un sonno calmo. **3 fr. 50 al flacone.**

Al 'ingrosso, 50, rue Rambuteau, Parigi.- Depositi in Milano da *A. Manzoni e C.*, Zambelletti, Biraghi, Polli, Maldifassi, Riva-Palazzi

Non più Mercurio. — Non più Copaive. — Non più Cubebe.

INJEZIONE PEYRARD

FARMACISTA IN ALGERI

L'Injezione Peyrard è la sola al mondo la quale non contenga alcun principio né caustico né tossico, e la quale guarisca realmente in 4 a 6 giorni. **Rapporto** : Parecchi medici d'Algeri hanno esperimentata la Injezione Peyrard sovra 232 Arabi affetti da scolo recente o cronico dei quali, 80 malati da più di 10 anni, 60 da 5 anni, 92 da 4 giorni a due anni; il risultato inaudito diede 231 guarigioni radicali dopo 6 a 8 giorni di cura. *Secondo esperimento* fatto sopra 184 Europei, diede 184 guarigioni. Ne hanno constatata l' eccelenza i distinti medici Solari, Ferrand ✻, Bernard ✻, Ali-Boulouk-Hachi, ecc., ecc.

Deposito generale per l'Italia : A. MANZONI e C^a, Milano, Via Sala, 14.

OLIO DI FEGATO DI MERLUZZO FERRUGINOSO

Preparazione del Farmacista **ZANETTI**, *Milano.*

L'Olio di fegato di Merluzzo, come lo dinota il nome, contiene disciolto del ferro allo stato di protossido, oltre quindi alla proprietà tonico-nutriente dell'Olio di fegato di Merluzzo per sè stesso, possiede anche quello che l'uso del ferro impartisce all'organismo ammalato già consacrato fin dall'antichità in tutti i trattati di medicina pratica e di cui si serve tanto spesso anche il medico oggidì. Prezzo della boccetta Lire **3**. — Deposito in Milano presso la farmacia *Zanetti*, via Spadari; da *Pozzi*, corso Porta Venezia; e da A. MANZONI e C., via della Sala, N. 16, e in tutte le più accreditate farmacie d'Italia. All'ingrosso dal preparatore che si avrà lo sconto d'uso.